

neurama
revista electrónica de
psicogerontología

ISSN 2341-4936

IN THIS ISSUE:

- 5 José Caamaño Ponte, Olalla Pérez-Hervada Lemus,
Iriana Gil Paz
- Innovación social en la enfermedad de
Alzheimer**

- 20 Minia María Miramontes Fandiño, Iria Mañas
- Estudio descriptivo del estado
cognitivo en usuarios de un centro de
actividades dirigidas a la estimulación
física y cognitiva**

- 30 Juan M. Molina-Linde, Manuel Aleixandre-Rico, Juan
R. Lacalle-Remigio
- Cuestionario para Ansiedad Geriátrica:
estudio de la consistencia interna y
estructura factorial**

- 41 Sonia Buil, Joaquín Cuba, Raúl Ríos, Manuel Pelegri-
na del Río
- Efectos del color en el tiempo de latencia
en enfermos de Alzheimer en fase grave**

- 45 Luciana Ferraris, Gabriela Lopez
- Depresión y envejecimiento: Complejidades
del diagnóstico y abordaje (Caso clínico)**

Nº — Vol

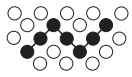
1

4

www.neurama.es
WEBSITE

E-MAIL
info@neurama.es

20
JUNIO
17



“La literatura no es otra cosa que un sueño dirigido”

(Jorge Luis Borges, 1899-1986)

Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

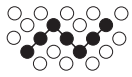
Comité Asesor Nacional

Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)
José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)
Ramona Rubio Herrera (Granada)
Manuel Nevado Rey (Madrid)
Mónica de Castro Torrejón (Barcelona)
Belén Bueno Martínez (Salamanca)
María C. Marín Valero (Madrid)
Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)
Sonia Buil Martínez (Málaga)
Miguel Angel Maroto Serrano (Madrid)
Estefanía Martin Zarza (Salamanca)
Rocío Medina Armenteros (Jaén)
Charo Pita Díaz (A Coruña)

Comité Asesor Internacional

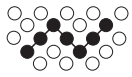
Alejandro Burlando Páez (Argentina)
Clara Ling Long Rangel (Cuba)
Anastasia Paschaleri (Reino Unido)
Brenda Avadian (Estados Unidos)
Carrie Peterson (Dinamarca)
Diana Orrego Orrego (Colombia)
Frederique Lucet (Francia)
Gary Glazner (Estados Unidos)
Graham Hart (Reino Unido)
Guillermo Ramírez Hoyos (Colombia)
Hugo Roberto Valderrama (Argentina)
Hugo Sousa (Portugal)
Javiera Sanhueza (Chile)
Joana de Melo E Castro (Portugal)
Joao Marques Texeira (Portugal)
Kerry Mills (Estados Unidos)
Maria Alejandra Ortolani (Argentina)
Ricardo F. Allegri (Argentina)
Marios Kyriazis (Reino Unido)
Mladen Davidovic (Serbia)
Narjes Yacoub (Francia)
Peter Gooley (Australia)
Raúl Andino (Argentina)
Rolando Santana (República Dominicana)
Rosana Cordova (Argentina)
Salvador Ramos (Estados Unidos)
Stephanie Zeman (Estados Unidos)
Wendy Johnstone (Canadá)





En este número:

- 5 José Caamaño Ponte, Olalla Pérez-Hervada Lemus,
Iriana Gil Paz
- Innovación social en la enfermedad de
Alzheimer**
- 20 Minia María Miramontes Fandiño, Iria Mañas
- Estudio descriptivo del estado
cognitivo en un centro de actividades
dirigidas a la estimulación física y
cognitiva**
- 30 Juan M. Molina-Linde, Manuel Aleixandre-Rico, Juan
R. Lacalle-Remigio
- Cuestionario de ansiedad geriátrica:
Estudio de la consistencia interna y
estructura factorial**
- 41 Sonia Buil, Joaquín Cuba, Raúl Ríos, Manuel Pele-
grina del Río
- Efectos del color en el tiempo de
latencia en enfermos de Alzheimer en
fase grave**
- 45 Luciana Ferraris , Gabriela Lopez
- Depresión y envejecimiento:
Complejidades del diagnóstico y
abordaje (Caso clínico)**



Director / Editor

Angel Moreno Toledo

Psicogerontólogo.
Formador y escritor.



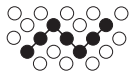
La mejora de la atención y especialización

Siendo actualmente uno de los pilares básicos e indiscutibles en la práctica asistencial, el promover y brindar calidad de vida a nuestros ancianos, constituye el objetivo primordial de nuestra labor. Es por ello que la capacitación del activo en las residencias de mayores – *sea por iniciativas pretendidas desde la formación interna o los cursos de formación* – garantiza una preparación de la cual metódicamente adolece en mayor o en menor medida, gran parte de la atención en algunos centros.

Sigue siendo un reto superlativo generar espacios de especialización, de debate, de fusionar el intercambio interdisciplinar (siempre reporta interesantes perspectivas) y fundamentalmente el formar a niveles personal y social a todos los profesionales implicados en la atención directa. Dar un paso hacia la especialización

es un gran avance en una disciplina abierta al dinamismo, al reciclaje y a la transformación. Una cuestión esquivada pero visible, a mejorar en el panorama actual, evidentemente, una ineludible responsabilidad institucional.

A través de esta mejora, consolidar tanto la adaptación como la optimización de recursos de la persona en dicho puesto. Rompamos sistemáticamente con la irregularidad, las malas prácticas y la falta de instrucción y exijamos una definición de perfiles desde la óptica del profesionalismo, para de este modo, prosperar hacia una atención de calidad a nuestros mayores, que parte – *entre otros factores*– de instaurar una apropiada capacitación que sea efectuada en la práctica e intervención diaria.



Innovación social en la enfermedad de Alzheimer

José Caamaño Ponte¹, Olalla Pérez-Hervada Lemus², Iriana Gil Paz³

Resumen

La enfermedad del Alzheimer es la principal causa de demencia en el mundo. Su relevancia hace que expertos y asociaciones de familias busque soluciones a necesidades creadas para mejorar la vida de los enfermos y su entorno. Presentamos un novedoso y reciente análisis desde donde reportar la actuación de la responsabilidad e iniciativa social en las Asociaciones. Entre los objetivos del estudio figura conocer la capacidad transversal necesaria para asumir las propuestas de la innovación social integrándola en el ADN de las asociaciones del sector.

Las recomendaciones de la comisión europea y las Naciones Unidas se ponen en práctica y en el contexto gallego de la Ley de Economía Social, se identifican las motivaciones para la actividad de estas organizaciones de interés general (federaciones y asociaciones gallegas de Alzheimer) y medir el nivel de impacto de su actividad y de sus interrelaciones.

En términos de innovación social, hacer posible la participación se traduce en la capacidad trasversal de comunicar y utilizar un metodo de investigación muy próximo al afectado a través de conversaciones con pacientes, familiares, profesionales de atención directa y responsables de entidades de forma comparativa en 4 asociaciones que representan a 3 comunidades autónomas y su relación con los estándares globales.

En las entidades estudiadas se han podido identificar los grupos de interés y los asuntos materiales más relevantes, para comprender la capacidad operativa y su función social, obteniendo resultados que permitieron la realización de propuestas de mejora, específicamente en las dimensiones Social y de Buen Gobierno, buscando la integración del concepto de innovación social en las organizaciones enfocadas hacia la problemática de la enfermedad de Alzheimer y entendiendo la importancia de la comunicación institucional orientada hacia estrategias de Responsabilidad e Innovación Social.

Palabras clave: Alzheimer, Innovación social, Grupo de interés, Materialidad, Indicadores.

Abstract

Alzheimer's disease is the main cause of dementia in the world. Due to its relevance experts and family associations search for solutions for needs created in order to improve the lives of the patients and their environment. Here we present a recent analysis from where to report the action of the responsibilities and social initiative in different associations.

Among the objectives of the study it figures to know the key skills qualification to assume the proposals of the social innovation, integrating that

in the ADN of the organizations of the sector.

The European Commission and United Nations recommendations are put into practice and in the Galician context in relation with the Law of Social Economy, we identified the motivations for the activities in relation with this organizations of general interest (The federation and Galician associations for Alzheimer's disease) and to measure the mark of this activities.

In terms of social innovation, making possible the involvement is translated into key skill qualification to be able

ISSUE Nº1
JUNIO
2017

Recibido:
06/02/2017

Aceptado:
07/03/2017

(1) Médico

(2) Socióloga

(3) Abogada. Grupo Experto en Responsabilidad e Innovación Social

Innovación social en la enfermedad de Alzheimer

to communicate and use a method of investigation very close to the unwell through conversations with patients, family members, professionals and directors of organizations, comparing all that between 4 associations that represent 3 autonomous communities and their relation among global standards.

In the organizations that have been studied it have been identified different groups of interest and the material issues with more relevance to understand the operational capacity and their social function, obtaining results that allowed to achieved improvement proposals, specially in the aspect Social and Good Government, looking for social innovation in the organizations that focus on treating Alzheimer's disease, and understanding the importance of communicating the strategies of Responsibility and Social Innovation.

Keywords: Alzheimer's, Social innovation, Interest group, Materiality, Indicators.

Introducción

La enfermedad de Alzheimer y las demencias en general se caracterizan por el declinar de funciones cognitivas, sensibles alteraciones de conducta y déficit funcional progresivo que limitan la capacidad de toma de decisiones de las personas y modifican su comportamiento favoreciendo la dependencia progresiva, de forma que no sólo se deteriora su calidad de vida, sino también su función como individuo social.

Agrupadas en Federaciones, las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAS) constituyen un sistema de soporte asistencial y representatividad social para las personas con demencia y sus familias, con las implicaciones que ello conlleva para el avance social.

La Comisión Europea considera que la Innovación Social consiste en "encontrar nuevas formas de satisfacer las necesidades sociales, que no están adecuadamente cubiertas por el mercado o el sector público..., o en producir los cambios de comportamiento necesarios para resolver los grandes retos de la sociedad..., capacitando a la ciudadanía y generando nuevas relaciones sociales y nuevos modelos de colaboración". Esto implica proactividad, creatividad, creación de valor económico y social, a la vez que transferencia generosa.

Recogiendo lo antedicho, la Responsabilidad Social de las entidades no lucrativas de atención y representación social de afectados por enfermedades como el Alzheimer, consistiría en la integración voluntaria, ante sus grupos de interés, de su compromiso con el buen gobierno social y ambiental, en la misión al servicio del paciente y su familia, la difusión y formación sobre la enfermedad y sus consecuencias, además de la innovación y transferencia gestionadas con el mismo afán de calidad y excelencia que aplican a sus funciones esenciales.

En este sentido, la Comisión difunde en 2012 el programa EUPSI, sobre los retos sociales e innovación para alcanzar los objetivos del Plan Europa 2020. Hace hincapié en identificar y solucionar las necesidades sociales, y evaluar su efectividad y posible mejora. Comités específicos como el CEDAG trabajan a favor de las asociaciones de interés general, posibilitando un proceso de registro e información y acceso a las vías de financiación. Por ejemplo con fuentes los fondos de cohesión social, o la investigación farmacológica, son áreas a explorar en la innovación para estos servicios y, en consecuencia, mejorar la calidad de vida de los enfermos.

Como organizaciones no lucrativas, las AFAS asumen la legislación de carácter cívico privado. En el caso de Galicia, la ley 6/16 de economía social de la Xunta, facilita el interés colectivo hacia nuevos retos sociales para adaptarse a sus propias necesidades. Se normalizan algunas recomendaciones, considerando funciones esenciales de servicio al paciente y su familia, la difusión y formación sobre la enfermedad y sus consecuencias. Además, la innovación y transferencia bien gestionadas y planteadas desde la calidad y la excelencia.

Nacida en 1988, la Federación Alzheimer Galicia, tiene como misión "mejorar la calidad de vida de las personas que sufren Alzheimer y otras demencias y la de sus cuidadores. Por ese motivo, FAGAL trabaja en fortalecer a las AFAS gallegas y colaborar en generar cambios en la sociedad a favor de estas personas y de sus cuidadores".

FAGAL integra a las 13 asociaciones repartidas entre las 4 provincias de Galicia, que suman a más de 500 familias a las que prestan una amplia cartera de servicios que van desde el asesoramiento a la formación o la gestión de recursos sociales propios y de la Administración Autonómica que son dispensados por más de 175 profesionales. En sentido estricto, FAGAL no tiene competidores, si bien es cierto que las

José Caamaño Ponte, Olalla Pérez-Hervada Lemus, Iriana Gil Paz

asociaciones que la integran sí desarrollan actividades y proveen servicios que compiten en el mercado con la Empresa (sociosanitarias) y la Administración, sin embargo, su condición de entidad no lucrativa otorga matices que limitan el concepto de “competidor”. FAGAL desarrolla servicios y programas sinérgicos con algunos colaboradores y entidades similares federadas en otras comunidades autónomas.

Objetivo

El principal objetivo del estudio han sido analizar las estrategias de la Federación Alzheimer Galicia (FAGAL) en relación a su funcionamiento operativo, su buen gobierno y su desarrollo con la intención de observar su capacidad para la innovación social, empleando la comparación con otras entidades similares a nivel nacional, para poder incorporar a su estrategia recomendaciones que favorezcan su implicación en el desarrollo y la innovación social.

Metodología

Fase I: Análisis documental a través de publicaciones y páginas web de las AFAs de Galicia y resultados de estudio Delphi previo (empleando un cuestionario de doble circulación cumplimentado por directivos/as de las AFAs gallegas como panel de expertas/os). El estudio previo pone las bases del presente trabajo sobre la innovación social en las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y facilita el análisis de transferencia en memorias de RSC, leyes, guías y normas y se implementa el método publicado por “la Iniciativa global sobre el reporte” en sus siglas GRI G4. El impacto en las organizaciones es medido desde las dimensiones de buen gobierno, social y ambiental, con un aumento de la participación interna y externa para buscar mejoras.

Fase II: Encuesta simple para comparar las estrategias de Responsabilidad e Innovación Social de AFAs de Cataluña (FAFAC), Guipúzcoa (AFAGI), Galicia (FAGAL) y Ourense (AFAOR), dado que son entidades con un aspecto diferenciador como es la lengua propia, criterio de selección principal. Consistió en la cumplimentación del cuestionario previo puntuado según escala Likert de 1 a 5 con doble opción, a saber, prioridad de la propuesta y posibilidad de que ocurriera la propuesta (anexo I).

Fase III: Identificación de Grupos de Interés.

Fase IV: Análisis de materialidad.

Fase V: Desempeño de la organización en materia de RSC.

Resultados

Fases I-II

Se empleó el cuestionario Delphi generado en la fase I al considerar que tras los resultados del previo aportaría detalles diferenciadores por haber sido remitido a las federaciones de enfermos de Alzheimer de Cataluña (FAFAC, integra 19 AFAs) y Guipúzcoa (AFAGI, integra 3 AFAs) en comparación con los resultados de AFAOR y FAGAL, realizándose también un análisis de sus páginas web, lo cual contribuyó a describir las características de las entidades así como a entender los criterios de selección previos al estudio, como son la naturaleza de la entidad, el trabajo en red, la existencia de memorias de sostenibilidad publicadas, la participación en proyectos de investigación y las actividades y programas de cada asociación.

Los resultados de la encuesta a las 4 AFAs en lo relativo a Buen Gobierno Corporativo se reflejan en el anexo I.

Fase III: Los Grupos de Interés

Por grupos de interés se entiende según Freeman “cualquier grupo o individuo que puede afectar o ser afectado por la consecución de los objetivos de la organización”. Pudiendo subclasificarse de forma dicotómica en internos y externos, mediante un modelo metodológico postulado en su publicación de 1984 *Strategic management: A stakeholder Approach*, que informa del grado de interés y de influencia de los grupos de interés en “las justificaciones”.

Conocida su Misión de mejora de la calidad de vida de los afectados a través del fortalecimiento de las AFAs, a través de una visión de “organización referente, fuerte, unida y abierta a todas las necesidades de las personas con Alzheimer y otras demencias y sus cuidadores para dar una respuesta integral y próxima. Queriendo también impulsar la creación de recursos y el desarrollo de la investigación clínica y social”.

Por ello, las interrelaciones de FAGAL permiten la identificación de los grupos de interés reflejados en el gráfico 1, en el que se pondera el impacto según código

Innovación social en la enfermedad de Alzheimer

de colores (rojo: nivel máximo, gris oscuro: nivel mínimo), reflejados luego en la matriz de materialidad.

Un tema relevante en la configuración de este análisis lo constituyen tres dimensiones básicas, a saber, la social, la económica y de gobierno de las instituciones



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 1. Modelo de grupos de interés y sus dimensiones

Fase IV: Análisis de Materialidad

Por análisis de materialidad se entiende la información sobre aquellos aspectos e indicadores que pueden considerarse relevantes a la hora de reflejar los impactos sociales, ambientales y económicos de la organización, o que influyen en las decisiones de los grupos de interés. La materialidad es el umbral a partir del cual un aspecto o indicador pasa a ser lo suficientemente importante como para ser tenido en cuenta.

Las recomendaciones del GRI-G4 (Global Reporting Initiative) contribuyen a tener presente la combinación de los factores internos y externos relativos a la organización.

y la medioambiental, con hechos y tendencias que han de ser analizados a corto y largo plazo de forma bipolar (positivo/negativo).

El modelo presentado a nivel global por GRI-G4, otorga énfasis a la materialidad en nuestro estudio. Este método, cruza 2 variables en una tabla cartesiana para medir el impacto de los grupos de interés y el grado de madurez de las organización respecto a los asuntos relevantes que se plasma en una matriz de materialidad (Gráfico 3). Así se produce un doble resultado: hacia los grupos de interés y hacia las organizaciones del estudio para medir el impacto o riesgo asociado de las organizaciones.

La consideración del impacto de los grupos de interés se explica en la tabla 1.

(En la otra página)

Tabla 1. Impacto de los grupos de interés.

José Caamaño Ponte, Olalla Pérez-Hervada Lemus, Iriana Gil Paz

Grupo Interés	Subgrupo	Justificación	Grado de Interés	Grado de Influencia
Enfermos (E)	CDR1/CDR2/CDR3	El centro del modelo y su razón	Alto	Medio
Familias (F)	CDR1/CDR2/CDR3	Soporte imprescindible para enfermos y asociaciones	Alto	Alto
Directivas (D)	Presidencia Directivas/os	Soporte necesario para toma de decisiones	Alto	Alto
Administración (A)	Local Provincial Autonómica Central Transnacional	Soporte legal, económico y social	Medio	Alto
Profesionales Propios (PP)	Facultativo No Facultativo Gestión	Proveedores de proyectos, programas y servicios	Alto	Medio
Filantropía (EF)	Individuales Fundaciones ENL	Financiadores de proyectos y difusión	Medio	Alto
Voluntariado (V)	Técnico De Soporte	Apoyo útil e imagen	Medio	Bajo
Sistema Jurídico/Legal (SJ)	Fiscalía Magistrados C. Bioética E. Tutelares	Garantes de derechos	Medio	Medio
Proveedores (P)	Productos Servicios	Soporte de fungible e inventariable	Medio	Bajo
Entidades Sociosanitarias (ESS)	SERGAS Mercantiles No Lucrativas	Soporte diagnóstico/terapéutico y promotor de innovación	Bajo	Bajo
Sociedad (S)	Medios de Comunicación S General	Garante de control y transparencia	Medio	Medio

Fuente: elaboración propia. Nota: CDR es un sistema de estadije de la enfermedad derivado de las características evolutivas del Alzheimer.

Innovación social en la enfermedad de Alzheimer



Gráfico 3. Matriz de materialidad

Fase V. Desempeño de la organización en materia de RSC

Entendemos que el reparto numérico de estas dimensiones es importante para la configuración de indicadores y la realización de propuestas de mejora. Nos ha interesado observar la capacidad de la comunidad para estimular normas en su entorno mediante la participación, de modo que hemos analizado el funcionamiento operativo y la capacidad de innovación social. Así, observamos que a la dimensión de Buen Gobierno, en el sentido de aquellas prácticas que promueven la dirección y control de una organización desde la ética y la transparencia teniendo presentes a todos los grupos de interés y la misión de la misma, le corresponderían 12 asuntos materiales; a la Social, que busca desde una perspectiva externa el confort de los individuos y sus familias a través de la mejora continua de los procesos y la formación del personal, 9; y a la medioambiental 1, pues la relevancia en el sector de la dependencia se relaciona

esencialmente con su influencia en el gasto por lo cual se considera testimonial para el caso que nos ocupa.

Siguiendo esta distribución numérica las tablas 2 y 3 muestran los principales asuntos materiales hallados y los indicadores a ellos asociados en cada una de las dimensiones.

(Páginas sucesivas)

Tabla 2. Asuntos materiales e indicadores.

Tabla3. Asuntos materiales e indicadores



José Caamaño Ponte, Olalla Pérez-Hervada Lemus, Iriana Gil Paz

	Asuntos Materiales	Indicador	Valor
Buen Gobierno	Transparencia	BG1. Presentación de cuentas/ejercicio desglosadas por entidades/proyectos (web) BG2. Concursos a que se presenta/adjudicación (web) BG3. Plan estratégico en la web	Si/No N° Si/No
	Sinergias interasociativas	BG4. Convenios de colaboración	N°
	Formación innovadora	BG5. Auditoría externa sistema de formación (web) BG6. Programas de formación interna/externa (web)	Si/No N°
	Cuotas asequibles	BG7. Existencia en la web de baremos según ingresos BG8. Asociados con cuotas BG9. Socios colaboradores/ protectores	Si/No N° N°
	I+D+i social y clínica	BG10. Existencia de área de I+D+i BG11. Concurrencia a programas de I+D+i competitivos y no competitivos	Si/No N°
	Gobierno corporativo ético	BG12. Existencia de área de R&IS BG13. Existencia de Comité de Ética Corporativa (composición) BG14. Adscripción al Pacto Mundial de NNUU BG15. Declaración de Utilidad Pública	Si/No Si/No Si/No Si/No
	Buen desempeño	BG16. Manual de BBPP BG17. Protocolos intervención	Si/No Si/No
	Oferta de participación	BG18. Sistemática asamblea abierta	Si/No
	Selección meritatoria personal	BG19. Procesos selectivos publicitados (web) BG20. Garantía de igualdad de oportunidades (baremo) BG21. Plan de desarrollo profesional	Si/No Si/No Si/No
	Protección de datos	BG22. Protocolo de protección de datos	Si/No
	Gestión de filantropía	BG23. Inclusión de las Entidades Filantrópicas en un Comité de Expertos BG24. Procedimiento de relación con EF	Si/No Si/No
	Atención personalizada	BG25. Programa ACP*	Si/No

Fuente: elaboración propia. * ACP: Atención Centrada en la Persona. Si: evoluciona de forma positiva. No: evoluciona de forma negativa o no existe.

Innovación social en la enfermedad de Alzheimer

	Asuntos Materiales	Indicador	Valor
Social	Calidad servicios/proyectos	S1. Certificación auditoría externa S2. Protocolos de intervención	Si/No Si/No
	Canales de comunicación	S3. Existencia de protocolo de comunicación S4. Existencia de medios web S5. Proactividad en la comunicación con explicitación de las actividades	Si/No Si/No Nº
	Compromiso de sostenibilidad	S6. Plan económico y operativo proyectado S7. Criterios públicos de concursos a proveedores S8. Compras de proximidad en fungible	Si/No Si/No Si/No
	Conciliación	S9. Plan de conciliación S10. Empleadas/os acogidas/os al plan de conciliación	Si/No %
	Prestigio	S11. Resultados de los cuestionarios de opinión de los diferentes grupos internos/externos S12. Existencia de protocolo de Voluntariado	Nº Si/No
	Estabilidad laboral	S13. Relación contrato indefinido/contrato temporal S14. Servicios externalizados	% Nº
	Garantía de derecho	S15. Existencia de departamento jurídico S16. Existencia de comité de Bioética S17. Protocolo de alta/baja en servicios	Si/No Si/No Si/No
	Satisfacción cliente	S18. Cuestionario de satisfacción S19. Sugerencias/reclamaciones S20. Tiempo medio de espera en la resolución	Si/No Nº Nº
	Crecimiento sostenible	S21. Contratos con proveedores (en años)	%
	Eficiencia energética	MA1. Certificación externa con plan de optimización de consumo de energía	Si/No
MA			

Fuente: elaboración propia. MA: Medioambiental. Si: evoluciona de forma positiva. No: evoluciona de forma negativa o no existe.

Un tema que consideramos muy relevante es la pertinencia de la transversalidad en algunos asuntos materiales entre grupos de interés, es decir, un asunto material puede tener la misma relevancia para diferentes personas o grupos como puede ser la formación para los profesionales propios y los voluntarios o bien el sentido de pertenencia a la organización.

Se puede observar que el nº de indicadores es mayor en la dimensión de Gobierno en relación a la dimensión Social (área más desarrollada en las dos décadas de vida de las AFAS en Galicia), y poco significativa la Medioambiental.

Resulta importante señalar que tanto FAGAL como AFAGI y FAFAC integran a las AFAS de Galicia (13), Euskadi (3) y Cataluña (20), mientras que AFAOR es una asociación integrada en la primera, por lo cual podrán percibirse algunos matices comparativos, relacionados con la estructura orgánica y en el desarrollo de sus funciones.

Las tablas 4 y 5 muestran la comparativa en asuntos materiales e indicadores seleccionados.

(Sistema de valoración/cumplimentación: excelente , adecuada , pobre , no reporta).

(Página sucesiva)

Tabla 4. Dimensión de Gobierno

Tabla 5. Dimensiones Social y Medioambiental

José Caamaño Ponte, Olalla Pérez-Hervada Lemus, Iriana Gil Paz

Buen Gobierno	FAGAL	AFAGI	FAFAC	AFAOR
Transparencia				
BG1. Presentación de cuentas/ejercicio desglosadas por entidades/proyectos (web)				
BG2. Concursos a que se presenta/adjudicación				
BG3. Plan estratégico en la web				
Sinergias interasociativas				
BG4. Convenios de colaboración				
Formación innovadora				
BG5. Auditoría externa sistema de formación				
BG6. Programas de formación interna/externa				
Cuotas asequibles				
BG7. Existencia en la web de baremos según ingresos				
BG8. Asociados con cuotas				
BG9. Socios colaboradores/protectores				
I+D+i social y clínica				
BG10. Existencia de área de I+D+i				
BG11. Concurrencia a programas de I+D+i competitivos y no competitivos				
Gobierno corporativo ético				
BG12. Existencia de área de R&IS				
BG13. Existencia de Comité de Ética Corporativa				
BG14. Adscripción al Pacto Mundial de NNUU				
BG15. Declaración de Utilidad Pública				
Buen desempeño				
BG16. Manual de BBPP				
BG17. Protocolos de intervención				
Oferta de participación				
BG18. Sistemática asamblearia abierta				
Selección meritatoria del personal				
B19. Procesos selectivos publicitados (web)				
BG20. Garantía de igualdad de oportunidades				
BG21. Plan de desarrollo profesional				
Protección de Datos				
BG22. Protocolo de protección de datos				
Gestión de filantropía				
BG23. Inclusión de las Entidades Filantrópicas en un Comité de Expertos				
BG24. Procedimiento de relación con EF				
Atención personalizada				
BG25. Programa ACP				

Fuente: elaboración propia.

Innovación social en la enfermedad de Alzheimer

Social	FAGAL	AFAGI	FAFAC	AFAOR
Calidad servicios/proyectos				
S1. Certificación auditoría externa				
S2. Protocolos de intervención				
Canales de comunicación				
S3. Existencia de protocolo de comunicación				
S4. Existencia de medios web				
S5. Proactividad en la comunicación con explicitación de actividades				
Compromiso de sostenibilidad				
S6. Plan económico y operativo proyectado				
S7. Criterios públicos de concursos a proveedores				
S8. Compras de proximidad en fungible				
Conciliación				
S9. Plan de conciliación				
S10 Empleadas/os acogidas/os al plan de conciliación				
Prestigio				
S11. Resultados de los cuestionarios de opinión de los diferentes grupos internos/externos				
S12. Existencia protocolo voluntariado				
Estabilidad laboral				
S13. Relación contrato indefinido/contrato temporal				
S14. Servicios externalizados				
Garantía de derecho				
S15. Existencia de departamento jurídico				
S16. Existencia de comité de Bioética				
S17. Protocolo transparente de alta/baja en servicios				
Satisfacción cliente				
S18. Cuestionario de satisfacción				
S19. Sugerencias/reclamaciones				
S20. Tiempo medio de espera en la resolución				
Crecimiento sostenible				
S21. Contratos con proveedores (años)				
Medioambiental	FAGAL	AFAGI	FAFAC	AFAOR
Eficiencia energética				
MA1. Plan de optimización de consumo de energía				

Fuente: elaboración propia.

José Caamaño Ponte, Olalla Pérez-Hervada Lemus, Iriana Gil Paz

Discusión

En publicaciones anteriores de los autores (Diego et al. 2012, Caamaño et al. 2013 y 2015), habíamos analizado diferentes aspectos relacionados con la relación entre envejecimiento y responsabilidad social, o la visión que los profesionales de atención a los enfermos tenían de la responsabilidad social y, más concretamente, el buen gobierno corporativo de las asociaciones que trabajan con pacientes afectados por la enfermedad de Alzheimer como potencial área de mejora. Incidíamos en las limitaciones de los estudios, dada la escasez de publicaciones que tratasen la interrelación entre los aspectos clave de la responsabilidad social y la gestión responsable de la AFAS que limitan la comparación en beneficio de la apertura de un campo de estudio creemos que muy atractivo.

Reflexionábamos sobre la necesidad de que en un colectivo como el de los profesionales que atendemos a enfermos de Alzheimer sería esencial el adecuado conocimiento de conceptos relevantes que integran la RS para lograr los objetivos, no sólo de la organización, sino también de todos los grupos de interés desde una perspectiva transversal.

Se objetivaba la implicación de los directivos de las AFAS en el desarrollo de políticas de RSC, a través de programas y proyectos e, implícitamente, su imagen en la sociedad, además de la sensibilización hacia la visión que los profesionales tenían de su papel en las asociaciones.

Decíamos textualmente, sobre las prácticas de “Gobernabilidad y Buen Gobierno Corporativo”, entendidas como la forma en que las AFAS se organizan y operan internamente, pero también sus relaciones con los grupos de interés y el entorno para lograr sus objetivos y ser coherentes con su misión, en base a los principios de legitimidad estructural y procesual y de efectividad en cuanto a la toma de decisiones o la planificación estratégica de forma similar a como lo hacen otras organizaciones. Este concepto de Gobernabilidad exige el establecimiento de sistemáticas de diálogo entre la propia institución (interno –personas- y externo con instituciones afines – federación de AFAS y entidades similares-), la empresa y la sociedad, para lograr una utilización razonable, responsable y transparente de los recursos que los afectados por la enfermedad, sus familias, la empresa y la propia sociedad en general le facilitan. De modo que a juicio de las directivas de las AFAS, éstas responden y responderán a la evolución

de las necesidades de las/os afectados, desde la independencia, la transparencia, y la búsqueda de la colaboración interna e interinstitucional, plantean una aproximación decidida hacia el cambio de modelo, desde el paternalismo institucional a la autonomía en la gestión.

Sin embargo concluíamos que la RSC o RSE constituía un área de estudio, implantación y mejora en la estrategia organizativa de las AFAS, comentando que creíamos que una ampliación geográfica de nuestro estudio podría contribuir a un mayor conocimiento del tema.

El trabajo que realizamos lo enfocamos desde una perspectiva amplia y pragmática, nos interesó la comparación entre organizaciones de ubicación geográfica diferente que ampliase la visión de los aciertos y las necesidades; la identificación de los grupos de interés y la focalización de los asuntos materiales para ellos, de modo que pudiésemos definir algunos indicadores relativos a las tres grandes dimensiones de la Innovación Social, a saber, la de Buen Gobierno, la Social y la Medioambiental, con el objetivo de conocer el desempeño de las organizaciones. Esta metodología nos permitió una profunda reflexión previa a la elaboración de algunas conclusiones y, fundamentalmente, la estructuración de una serie de recomendaciones específicas potencialmente útiles como elemento de deliberación, a los/as responsables de las AFAS si tuvieran el objetivo de materializar el concepto de Innovación Social en su planificación estratégica.

Creemos que las AFAS, en sí mismas, constituyen un ejemplo de Innovación Social, aunque percibimos que el conocimiento organizacional de este hecho resulta escaso y su comunicación es mejorable. Hasta hace bien poco tiempo las AFAS tenían un concepto finalista de su intervención. Su desarrollo se basaba en el diseño y ejecución de programas y proyectos muy próximos al enfermo y sus familias marcados por el cortoplacismo. Esto implicaba que la dimensión Social era muy reconocible en perjuicio de la dimensión de Buen Gobierno, que entendemos básica para el adecuado progreso en la planificación estratégica de estas entidades. Se entiende que la gobernanza comprende todos aquellos aspectos relacionados con los códigos de buen gobierno, de conducta y/o éticos, y de transparencia. A su vez, se considera que el ámbito regulatorio legal está ligado a esta dimensión, marcando el punto de partida de las actividades asociadas a la RS en materia de buen gobierno.

*Innovación social en la enfermedad de Alzheimer***Conclusiones**

El desarrollo de la metodología propuesta nos ha permitido obtener algunas conclusiones que facilitan la reflexión sobre el desempeño de la organización y que acercan la deliberación en materia de RSC e Innovación Social.

1. El grupo de interés centro del modelo son enfermos y familiares. Los primeros son un grupo cautivo dadas las características de la enfermedad y frágil por las debilidades de las estructuras familiares. Ocurre en todas las organizaciones comaparadas. En este caso, FAGAL desarrolla programas y servicios adaptados a las necesidades de estos dos grupos de interés, y lo hace de forma innovadora y proactiva, si bien es cierto que al amparo de otras AFAS y entidades filantrópicas. La justificación de esta realidad radica en la ausencia de áreas de I&RS y de I+D+i.

2. Aparición de nuevas figuras o agentes sociales que demandan soluciones sostenidas a largo plazo frente al sentido finalista para dar solución a los problemas. El cambio de paradigma de los servicios sociales dejará a un lado los modelos asistencialistas y economicistas para encontrar la calidad y satisfacción de los grupos de interés.

3. La estructura organizativa de FAGAL condiciona su evolución sin que se observe recambio generacional. De hecho en algunas de las asociaciones que la integran, los miembros de la junta directiva han permanecido en sus cargos más de 20 años lo cual lastra la renovación y condiciona la adaptación a nuevos modelos de gestión.

4. Profesionalización lenta de cargos gestores y dependencia absoluta de decisiones de la Junta Directiva, de régimen presidencialista que, asociada a escasa planificación estratégica, hace que la sostenibilidad dependa en exceso de la financiación de la Administración y la Filantropía generando inestabilidad y limitando el Buen Gobierno.

5. Aspectos materiales relacionados con I+D+i, R&IS, conciliación o selección meritatoria del personal, son considerados relevantes pero no urgentes. En el caso de los dos primeros, se debe a una visión cortoplacista del problema que incide de forma negativa en la cultura de sostenibilidad de la entidad. En el caso de los 2 siguientes, condiciona la imagen y la transparencia de la institución.

6. Es de resaltar el apalancamiento interno en las asociaciones. Se aprecia en los puestos profesionales

poca independencia para intervenir en los asuntos que les afecta debido a unas estructuras directivas jerarquizadas, presidencialistas y poco flexibles para adaptarse rápido a las recomendaciones institucionales en la toma de decisiones sobre nuevos modelos de gestión.

7. FAGAL (y sus integrantes) parecen crear valor social en Galicia en la medida en que representa a un grupo frágil que desencadena elevada sensibilidad en la población, aunque se percibe que este hecho es más puntual que sostenido. Hay que pensar que la dispersión poblacional limita la influencia de FAGAL sin embargo está presente en los principales núcleos y áreas de población.

8. FAGAL limita la transparencia a algunos aspectos organizativos como asambleas, rendición de cuentas y relaciones interasociativas en perjuicio de otros asuntos relevantes como la cultura del Buen Gobierno, la innovación y la garantía de sostenibilidad, probablemente por la limitada profesionalización de cargos.

9. Si bien la dimensión Medioambiental parecer no tener una gran repercusión, los impactos directos e indirectos consecuentes de su actividad han de ser medidos. De ahí, se considera que, de cara al sector analizado, la dimensión medioambiental se centra en la huella ecológica de sus oficinas/edificios (principalmente gestión de suministros y recursos físicos) y algo relevante como es la promoción de los valores de desarrollo sostenible y buenas prácticas de gestión ambiental.

10. El Buen Gobierno es un área de mejora en la Federación Alzheimer Galicia (FAGAL) de cara a integrar el concepto de innovación social en su cultura organizacional y en consideración a sus grupos de interés, con las consecuencias que ello conlleva a la hora de ver a esta institución (y sus integrantes) como un modelo de innovación social. La sensación es que las AFAS han constituido un modelo de RS de patrón divergente en el desarrollo de lo Social y el Buen Gobierno sin un análisis evolutivo de la innovación de los modelos sociales.

11. Se aprecia una escasa capacidad de poner en relevancia los asuntos de la organización y comunicar a la sociedad y a las propias instituciones. Esto tiene un efecto directo en la posibilidad de captar recursos públicos, obtener filantropía de patronatos, y socios colaboradores, voluntariado y donativos, que son necesarios para mantener su servicio. Hace que la sostenibilidad dependa en exceso de la financiación

José Caamaño Ponte, Olalla Pérez-Hervada Lemus, Iriana Gil Paz

	Objetivo	Acción	Grupo de Interés
Dimensión Buen Gobierno	Fomentar una cultura institucional orientada a la Responsabilidad e Innovación Social y su comunicación como orientación de la gestión	Programación de acciones formativas sobre los conceptos básicos de la R&IS	Junta Directiva Gestores Profesionales
		Plan de transparencia institucional global con acciones específicas de comunicación hacia los grupos de interés teniendo en cuenta el análisis de materialidad	Todos
		Creación de un área de R&IS	Junta Directiva Asociados
	Potenciar la I+D+i	Información e integración de acciones formativas sobre los conceptos de I+D+i y transferencia	Todos
		Plan de información y acceso a programas nacionales y transnacionales de I+D+i	Junta Directiva Profesionales
		Creación de un observatorio I+D+i	Gestores
	Seleccionar el personal en función de mérito, capacidad y desempeño	Programa de reclutamiento de personal transparente que incluya la igualdad de oportunidades, la evaluación del desempeño y la promoción profesional	Personal Gestores
Dimensión Social	Favorecer la conciliación profesional/familiar	Desarrollo del plan de conciliación de vida familiar y laboral acompañado de la garantía de estabilidad laboral	Personal
	Promover la planificación de acciones asistenciales innovadoras desde la ética	Constitución de un Comité de Bioética Asesor	Todos
	Visibilizar la satisfacción de los usuarios y resto de grupos de interés	Programa de puesta en valor de la calidad de proyectos, programas y servicios a través de cuestionarios de satisfacción internos y externos	Todos

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Recomendaciones para las dimensiones de Buen Gobierno y Social en FAGAL.

Innovación social en la enfermedad de Alzheimer

de la Administración y la Filantropía generando inestabilidad y limitando el Buen Gobierno.

12. La falta de reporte social y medición de impactos implica la consideración de la institución hacia sí misma y una relación relevante con los/as financiadores. Se considera que esta dimensión directamente relacionada con la generación de confianza hacia la empresa, debiera ser uno de los elementos más importantes a la hora de relacionarse con las familias y los enfermos.

13. Entendemos que un aspecto insuficientemente abordado lo constituye la Innovación Social como herramienta de comunicación institucional para las AFAS. Entendiendo que la RSC y la Innovación Social pueden constituir una oportunidad y un riesgo. Eso es así, dado que en la medida en que una institución es responsable, será más valorada o mejor percibida en aquella población en la actúa, en la que es referencia, si acierta en la comunicación. Y siendo esto importante, también lo será la medición del impacto como determinante de opiniones en los grupos de interés. Dentro del concepto de Innovación Social parece razonable tener en cuenta 3 aspectos, el protagonismo del enfermo y sus familiares, la comunicación interpersonal (limitada por las características de la enfermedad) y, por último, el compromiso con la investigación, el desarrollo, la innovación y la transferencia de conocimientos. Para nosotros el riesgo lo constituye el no ser transparente y no divulgar o transferir, es decir comunicar deficientemente.

Recomendaciones específicas

Se ha de estudiar el impacto de sus proyectos y programas, siguiendo un modelo de responsabilidad actualizado que potencie su visión estratégica a largo plazo resaltando los aspectos materiales importantes para los diferentes grupos de interés tabla 6.

Global Navex, referente de la comunidad internacional de expertos en esta materia, en su publicación "Creando seis estrategias por una cultura de la organización visionaria" 2016, resalta que la gestión íntegra y la reputación han de ser considerados elementos de impacto clave, y el cambio cultural supone una incorporación de los valores éticos, en el comportamiento organizativo y de gran importancia sociocultural.

Bibliografía

1. Ley 6/2016, de 4 de mayo, de la economía social de Galicia. BOE num. 147 del 18 de junio de 2016.
2. Caamaño Ponte, J. et al. Responsabilidad Social en la Universidad de A Coruña. Encuesta a profesionales sociosanitarios que trabajan con personas mayores. AGATHOS. Atención Sociosanitaria y Bienestar. N) 2. 2013.
3. Caamaño Ponte J., et al. Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer en Galicia y Responsabilidad Social Corporativa. Neurama, Revista Electrónica de Psicogerontología. Vol 2, n) 1. Junio 2015.
4. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Estrategia renovada de la UE para 2011-2014 sobre responsabilidad social de las empresas. Bruselas, 25.10.2011. COM (2011). 681 final.
5. Diego C., Zamarreño P., Caamaño J. Vejez, trabajo social y responsabilidad social corporativa. Agathos, atención sociosanitaria y bienestar. 2012. Año 12,n) 4.
6. European Commission. European Strategy 2020. <http://ec.europa.eu/europe2020/index.es.htm>.
7. Freeman, R. E. Estrategia Management: A Stakeholder Approach. Pitman Press, Boston. 1984.
8. Global Navex. "Creando seis estrategias por una cultura de la organización visionaria" 2016.
9. Global Reporting Initiative (2013). Guía para la elaboración de memorias de sostenibilidad G4. <http://www.globalreporting.org/resourcelibrary/Spanish-G4-Part-one.pdf>.
10. - Página web de la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias (CEAFA): www.ceafa.org
11. Página web de FAGAL: www.fagal.org
12. Página web de AFAGI: www.afagi.org
13. Página web de FAFAC: www.fafac.cat
14. Página web de AFAOR: www.afaor.com

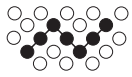
Anexo I. Resultados de la encuesta Delphi. Parte específica (Buen Gobierno en las AFAS).



José Caamaño Ponte, Olalla Pérez-Hervada Lemus, Iriana Gil Paz

Ítems		FAG AL	AFA GI	FAF AC	AFA OR
P16 La AFAS responderán efectivamente a las necesidades, las demandas y la problemática que la sociedad les formula actualmente.	D	5	5	5	5
	O	4	3	2	5
P17 Los objetivos de las AFAS serán definidos teniendo en cuenta todos los grupos de interés (internos y externos).	D	4	5	5	5
	O	3	3	2	5
P18 El establecimiento de un protocolo para la participación eficaz de los grupos de interés en la toma de decisiones permitirá construir un diálogo positivo y democrático con efectos visibles en la calidad de las decisiones en las AFAS	D	4	5	5	5
	O	3	3	3	2
P19 La colaboración con la empresa privada y las Administraciones constituirá un elemento clave de cara al desarrollo de la RSC en las AFAS.	D	5	4	4	5
	O	3	2	5	2
P20 Lograr la independencia necesaria para la mejora de un sistema de acreditación, evaluación y rendición de cuentas, en un marco de autonomía del Tercer Sector, contribuirá a aumentar la credibilidad y la confianza de los distintos grupos de interés en las AFAS.	D	5	5	5	5
	O	3	2	3	5
P21 La modificación de la estructura organizativa de las AFAS externalizando la gestión de algunos de sus servicios supondrá la consecución de mejores resultados	D	4	4	4	5
	O	4	2	3	5
P22 Contemplaría la redacción de objetivos definidos y de indicadores de rendimiento para las diferentes categorías de trabajadores/as de las AFAS.	D	5	5	4	5
	O	3	2	3	4
P23 Una evaluación de la prestación de servicios y de la actividad investigadora en las AFAS, con efectos directos sobre los/as evaluados/as, mejorará la calidad de los servicios, de la investigación e incrementará su competitividad.	D	5	5	5	5
	O	3	3	2	4
P24 Entre los indicadores de eficiencia de los departamentos y programas de las AFAS, en términos de RSC, se incluirán opiniones, escalas, publicaciones, índices de impacto, referencias internacionales, excelencia, etc.	D	4	4	5	5
	O	3	2	2	3
P25 La simplificación del proceso de toma de decisiones y la profesionalización de las estructuras de gobierno permitirán liberar los recursos necesarios en otros ámbitos de actividad de las AFAS.	D	5	3	4	5
	O	4	1	2	5
P26 La perspectiva de género como garantía de igualdad real y efectiva para mujeres y hombres se aplicará de forma transversal en todo los ámbitos de decisión de las AFAS.	D	4	5	5	5
	O	3	3	5	5
P27 La presencia de las AFAS y su Federación constituirá un elemento relevante en la constitución y puesta en marcha de políticas públicas en su ámbito más próximo.	D	4	5	5	5
	O	3	3	4	5
P28 El principio de autonomía financiera y de gestión, previsto en la normativa, será garantía de la independencia de las AFAS frente a las instituciones públicas.	D	5	4	5	5
	O	4	2	3	4
P29 La actuación de los miembros de la Junta Directiva o de Gobierno, orientada a la innovación y la creación de valor; al buen desempeño, a la transparencia, a la atracción de talento, y a la formación de profesionales y ciudadanos bien preparados, permitirá la consecución del servicio a la sociedad por parte de las AFAS.	D	5	5	5	5
	O	3	3	4	4
P30 La presencia de pautas y comportamientos definidos en el Manual de Buenas Prácticas y relacionados con la planificación estratégica y la transparencia de la gestión favorecerá la eficiencia de las AFAS y, en consecuencia, su influencia en el nivel de financiación.	D	5	4	5	5
	O	4	2	5	5

Fuente: elaboración propia. (D: prioridad o deseo. O: posibilidad u ocurrirá)



Estudio descriptivo del estado cognitivo en usuarios de un centro de actividades dirigidas a la estimulación física y cognitiva

Minia María Miramontes Fandiño¹, Iria Mañas²

Resumen

Introducción: Observamos el estado cognitivo del adulto mayor -AM- que recibe atención comunitaria gerontológica en talleres de memoria, manualidades y/o gimnasia en una población de la sociedad del bienestar. Analizamos coincidencias en factores preventivos de salud cerebral: índice de escolaridad -IE-, actividad física, nutrición, socialización y ánimo positivo; detectamos casos con deterioro cognitivo leve -DCL- y su manifestación, distribuyéndolo en subdominios. *Métodos:* 38 sujetos de ≥ 60 (Edad media 71,46, DE=8,14) evaluados con una herramienta heterogénea con escalas neuropsicológicas, conductuales. Análisis con estadísticos descriptivos y el Método de Consultas SQL. *Resultados:* 5 factores aparecen en un 7,89%; el mayor número de concurrencias aparecen en nutrición y ánimo positivo -36.84%, edad 75.21. Un 39,47% presenta DCL (edad 66.26) distribución: 1º DCL-a-mult -13.33%- 2º DCL-noam-mult -10,51%-, 3º los monodominios se presentan en un 7,88% respectivamente. *Conclusión:* Destacamos la inactividad y falta de interacción social requiriéndose acciones preventivas contra el aislamiento del AM. Con respecto a la población general del AM encontramos una mayor prevalencia de casos con DCL con una edad media inferior, como era lo esperado, pero no así, el número inferior de casos con un solo dominio afectado, por lo que falla la captación de estos sujetos.

Palabras clave: Deterioro cognitivo leve, adulto mayor, factores neurosaludables, estado cognitivo. Estimulación.

Abstract

Observed elderly cognitive status in a Center of gerontological activities through memory workshops, crafts and/or gymnastics belonging to the welfare society. Analyze coincidences of healthy brain factors: scholarship, physical activity, nutrition, socialization and positive mood. Detected cases of mild cognitive impairment and distribution into subdomains -

Petersen Criteria. Methods: 38 subjects over ≥ 60 (Median age 71,46, DE=8,14). Evaluation realized with a tool that includes neuropsychological and behavioral scales. The analysis includes statistical descriptive data and the

consulting method SQL to analyze the coincidences of neuro-healthy factors. Results: 7,89% meets the requirements for the 5 factors. Concurrences most prevalent was nutrition and positive mood 36.84%, (median age 75.21). 39,47% presents DCL (median age 66.26). MCI-a-mult -13.33%- appears on first place, followed by MCI-noam-mult -10,51%-, monodomains, 7,88% respectively. Conclusion: We highlight an elevated number of inactivity hours and lack of social interaction requiring preventive actions against the senior adult isolation. In respect to the general population of elderly, we find a higher prevalence of cases with Mild Cognitive Impairment with a lower age, as expected, but not necessarily a lower

ISSUE N°1
JUNIO
2017

Recibido:
06/02/2017

Aceptado:
03/03/2017

Minia María Miramontes Fandiño, Iria Mañas

number in cases with only one domain affected, hence the catchment of such subjects is failing.

Key words: Mild Cognitive Impairment, Elderly, Neuro-healthy factors, Cognitive Status. Stimulation.

Diversos estudios demuestran que el deterioro cognitivo leve -DCL- se convierte en un síndrome geriátrico que ha de ser interpretado en el contexto de las enfermedades concomitantes y estado socioeconómico). La marginalidad, fenómeno vinculado al bajo estrato socioeconómico, es un factor de riesgo relacionado. Las poblaciones de ≥ 60 años con un índice de pobreza multidimensional, elevan la frecuencia del DCL a su vez, este es mayor en sujetos de más edad, menor escolaridad y residentes en áreas rurales; a estos factores se añaden la relación del trastorno cognitivo con enfermedades crónicas como diabetes mellitus -DM-, hipertensión, enfermedad cerebral y depresión. No obstante, el DCL y la demencia constituyen un problema de salud pública en los países desarrollados por el incremento de edad, estimándose un 44% de personas con algún tipo de deterioro cognitivo -DC- siendo su incidencia y prevalencia proporcional al aumento progresivo de la longevidad en una población con las necesidades sociosanitarias cubiertas (Miramontes, Mora, 2015; Inouye, Studenski, Tinetti, y Kuchel, 2007; Fustinioni, 2002).

Este envejecimiento y sus implicaciones para la salud invitan a la realización de acciones específicas para el futuro inmediato. La atención a la salud del adulto mayor -AM- requiere de gestiones integrales de prevención, detección y tratamiento oportuno de las enfermedades más frecuentes, de mejora de la calidad de vida y promoción de una existencia activa y productiva que fomente estilos de vida neurosaludables establecidos, para este estudio, a través de las claves de salud cerebral propuestas por Bilbao (2012): Índice de escolaridad -IE-, actividad física, nutrición, socialización y ausencia de depresión o ánimo optimista, que cuando coinciden en una población pronostican el mantenimiento de una buena salud cerebral, y que requieren de los sistemas comunitarios la puesta en marcha de estrategias bio-psico-sociales para la implementación de actividades encaminadas a la estimulación de procesos mentales complejos del AM con la razón última de evitar/retrasar la aparición del DCL y ralentizar el avance a demencia.

Los objetivos

El objetivo de este estudio es conocer cómo se presenta el estado cognitivo del AM de una sociedad de bienestar que acude a un centro comunitario de mayores para su estimulación física y/o cognitiva.

Para dar respuesta a la incógnita, hallamos la prevalencia del DCL en este subgrupo y sus características a través de la distribución en subdominios clínicos -Criterios Petersen ((Miramontes, Mora, 2015; Petersen, et al, 2001-2009); y analizamos las coincidencias en cada sujeto de los factores neurosaludables protectores de la salud cerebral (Miramontes, Mora, 2015; Bilbao, 2012).

Material y Métodos

Realizamos un estudio transversal de tipo exploratorio descriptivo y de análisis de coincidencias en 38 sujetos entre 60-90 años, recogidos aleatoriamente entre sujetos que acuden a un centro cívico en Godella, España, a talleres de memoria, manualidades y/o gimnasia centrados en las necesidades del AM, por recomendación médica y/o de los agentes sociales.

La población a estudio, Godella, se caracteriza por ser semirural de casi 14.000 habitantes con potencial endógeno de desarrollo, sita en la comarca Horta-Nord. Valencia-España-, tiene un 18% población mayor de 60 años y un incremento de sobre-envejecimiento del 10%; caracterizada esta población por la implementación de políticas de desarrollo para mejorar el bienestar, incluyéndose equipamientos de acción socio-cultural dirigidos al AM (Pactem-nord, 2005).

Para la recogida de datos utilizamos un instrumento de cribado a modo de entrevista heterogénea y hetero-administrada con un sistema de clasificación binario que consta de evaluación y pruebas neuropsicológicas/conductuales estandarizadas, que reúnen datos de rastreo -variables operacionales- biomédicos, sociodemográficos e ítems de funciones cognitivas y factores neurosaludables, detallados como índice de escolaridad -IE- o formación académica, óptima cuando es ≥ 8 años; psicomotricidad -P-, óptima cuando la actividad física/manual y/o intelectual es ≥ 13 hs por día -PD-, nutrición -N-, óptima con ausencia de anemia y ≥ 3 comidas PD y patrón dietético mediterráneo-; socialización -S-, cumplir con ≥ 6 horas PD de interacción social; optimismo -O- cuando es negativo en depresión y positivo en socialización.

Estudio descriptivo estado cognitivo en usuarios de un centro de actividades dirigidas a la estimulación física y cognitiva

Variables conceptuales: Abarcan variables propias para el análisis de la situación del estado mental siguiendo los criterios diagnósticos del National Institute on Aging y la Alzheimer's Association -NIA-AA- (consultado en Sociedad española de Neurología) con cuatro parámetros para la distribución del DCL (Petersen, 2001-9):

DCL amnésico -DLC-a-mon-, solo alteración cognitiva de memoria.

DCL de dominio múltiple amnésico -DLC-a-mult-, cuando se suman memoria y una o varias funciones superiores alteradas del lenguaje, función ejecutiva o función visoespacial, atención, pensamiento pero sin alteración importante.

DCL de dominio múltiple no amnésico -DLC-noam-mon-, déficit leve en una función superior distinta a memoria

DCL de dominio único no amnésico -DLC-noam-mult-, afectación de varias funciones superiores, distinto a memoria.

.

Para la valoración conductual se aplican tres herramientas:

- Escala de capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria -AIVD (Cabañero-Martínez, Cabrero-García, Richart-Martínez, Muñoz-Mendoza, 2008).
- Escala de actividades básicas de Katz (Álvarez, et al, 1992).
- Escala geriátrica para la depresión de Yesavage abreviado -GDS. Para obtener prevalencia de depresión y como instrumento para la valoración del factor optimismo (Martínez, et al 2002).

Para la valoración cognitiva se aplican tres herramientas:

- Mini-Examen Cognoscitivo de Folstein - MMC). Puntos de corte: 24 para sujetos de ≥ 8 años de escolarización, 22 sujetos de ≤ 8 años no analfabetos, y 20 para analfabetos (Blesa, Pujol y Águila, 2004).
- El test del dibujo del reloj -TDR. Las condiciones de resultado positivo en el Test del Reloj y una mala ejecución del dibujo del MMC sugieren DC calificándose como positivo no amnésico (Freeman, et al, 1994).
- Test de alteración de la memoria -TAM. Resultados positivos en esta escala y déficits de memoria en MMC (Rami y Molinuevo, 2007).

Se diagnostica DCL cuando cumpla con uno o alguno de los 5 criterios diagnósticos del NIA-AA junto al resultado positivo en escalas de valoración cognitiva, y negativos en las escalas de funcionalidad y actividad en la vida diaria.

Para la evaluación de factores neurosaludables se aplica la coincidencia de los factores por sujeto [Miramontes, Mora (2015); Bilbao (2012)].

Conceptual: Prevención óptima, la coincidencia de cinco factores.

Operacional: Cumplir con los requisitos exigidos para cada factor.

Efectuamos una estadística descriptivo/exploratoria de variables mediante medidas de tendencia central para la prevalencia y un análisis de coincidencias estructuradas Structured Query Language -SQL- para los factores neurosaludables, presentando los resultados en una tabla ajustada para homogeneizarla y aplanarla debido al bajo número de casos - percentil 80.

Análisis de resultados

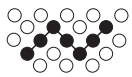
Edades comprendidas entre 60-90 años (edad promedio 71,46, DE= 8,14) con un 47% de varones versus 53% mujeres. Casados/pareja un 47%, sin pareja un 53%.

Intervalos de edad:	60-65	66-71	72-76	77-82	83-90
Nº de sujetos:	6	12	11	5	4
Promedio de Edad:	71,46				
DE	8,14				

Tabla 1: Distribución por edad del total de la muestra

Prevalencia para el nivel de escolaridad es de un 10% para el nivel superior (≥ 8 años), 45%, nivel medio entre 4-7 años y 45% para sujetos con ≤ 3 años, (DE=10). No se encuentran sujetos analfabetos.

En la Comunidad Valenciana -CV- encontramos un 1,31 % de analfabetos, 24,57% para nivel bajo, 68,11% nivel medio y un 6% de nivel alto. Los resultados indican un mayor nivel en IE en nuestra población.



Minia María Miramontes Fandiño, Iria Mañas

Del análisis biomédico y social encontramos un consumo de ≥ 4 fármacos en afecciones tipo ACV, Cardíacos, Hipertensión, hipercolesterolemia/dislipemia, artritis reuma, arterosclerosis, endocrinos, EPOC/asma, Otros en un 50% de los sujetos.

Un 8% son diabéticos y dos sujetos con hipotiroidismo. En la CV se estima 14% de diabéticos en AM. En el 29% no se realizaron pruebas tiroideas cuando la incidencia se estima entre 5-20% en sujetos de ≥ 60 años. Encontramos 10% con cambios en olfato no diagnosticados. La pérdida del olfato es un síntoma prodromático de la enfermedad de Alzheimer -EA- Encontramos 2 sujetos con DCL y 1 con demencia. Obtuvimos un 37% de sujetos con antecedentes heredo/familiares de Demencia o Parkinson (1g). El 100% de hombres participantes afirman no poder practicar sexo y un 33% poseen causas médicas que lo justifican. En varones ≥ 65 años un 15/25% presentan disfunción eréctil $\frac{1}{4}$ de veces por problemas cardíacos, hipertensión, diabetes.

Encontramos una correlación positiva ($r=0,4$, $p=0,001$) entre el 37% de sujetos aislados socialmente con el 46% que presentan depresión, 34% viven solos y un 32% acude o ha acudido a salud mental.

La prevalencia para el DCL fue del 39,47%, edad 66,26, sin diferencia significativa entre sexos, el IE es alto en 14,29% todos acuden al taller de memoria, del 85,70% restante un 20% no acude, por lo que a mayor formación, mayor concienciación de dificultades cognitivas. Hallamos 18,42% (edad =76) con demencia.

Estudios transversales sobre la prevalencia del DCL en ancianos institucionalizados españoles encuentran prevalencias que oscilan entre el 38,7% y el 44% [Leiva, A; et als (2006)]. Para la demencia las cifras de prevalencia oscilan entre 5,2%-16,3% aumentando con

la edad, menos escolarización y en habitantes de zonas

Subdominios	Prevalencia %
DLC-noam-mon	7.88
DLC-noam-mult	10.51
DLC-a-mon	7.88
DLC-a mult	13,13 *
DCL	39,47
DE	2,18
$\bar{x}$ Edad	66,26

Tabla II: Distribución por subdominios

rurales [Katzman, R (1993),Damián, J (2004)].

La distribución del DCL en los subtipos de Petersen [Petersen, RC., et als (2001-2009) sitúa en primer lugar al DCL-a-mult- 13.33%, edad =72, sin predominio por sexo, 50% consumen ≥ 4 fármacos -polifarmacia-, el 90,7% realiza actividad mental, el 100% de los sujetos tienen un IE medio/superior. Le sigue el DCL-noam-mult- 10,51%, edad =69, predominio femenino, 90,7% de polifarmacia y antecedentes familiares de demencia/Parkinson, ningún sujeto tiene estudios superiores, un 42,85% medios y un 57,14% bajos; ambos monodominios aparecen con un 7,88% respectivamente.-

Tabla III: Distribución por subdominios en dos poblaciones opuestas socioeconómicamente.

Subdominios cognitivos afectados	SS	%	Subdominios cognitivos afectados	Leipzig	%
DCL-noam-mon	5,27		DCL-noam-mon	7,1	
DCL-noam-mult	3,63		DCL-noam-mult	2,1	
DCL-a-mon	2,00		DCL-a-mon	4,5	
DCL-a-mult	3,45		DCL-a-mult	5,5	
DE	1,59		DE	1,81	
Prevalencia DCND	14,36		Prevalencia DCND	19,3	
edad promedio DCND	72,1		edad promedio DCND	81,5	

Estudio descriptivo estado cognitivo en usuarios de un centro de actividades dirigidas a la estimulación física y cognitiva

El subtipo DCL multidominio con afectación de memoria se presenta como el más prevalente entre los sujetos que acuden a un centro de actividades para la estimulación del AM

Para poblaciones generales, Molinero (2007) encuentra que “El DCL-noam-mon... es más prevalente que el DCL-a-mon”. Petersen y otros (2009) encuentran más frecuente al DCL-a. Investigadores señalan más prevalente entre individuos con mayor IE al DCL-mult-con y sin memoria afectada- y el menor al DCL-a-mon (Miramontes y Mora, 2015).

Busse y otros (2006), en un estudio en Alemania, para una edad =81.5, e IE alto, obtuvieron un 19.3% en DCL. Miramontes y Mora (2015), obtienen en un substrato marginal mexicano un 14,36% en DCL (edad =72,1 e IE bajo). En ambos estudios en DLC-noam-mon fueron los más prevalentes, esperado al requerir menos requisitos. Le siguen DCL-a-mult más prevalente en sociedades de bienestar (Estudio alemán) versus DCL-noam-mult en marginalidad (estudio mexicano).

En la tabla observamos la distribución de los subtipos del DCL para dos poblaciones opuestas socio-económicamente. La primera columna pertenece a la Sierra Sur de México, donde como es de esperar el deterioro cognitivo de un solo dominio sin afectación de memoria es el más prevalente, al igual que ocurre en la población de Leipzig, Alemania.

Comparamos estos estudios con el nuestro para analizar la manifestación de los subdominios en el estado de bienestar, marginalidad y el AM que acude a estimulación. .

Tabla IV: Distribución de Subdominios en tres poblaciones.

En esta tabla, se muestran los resultados de la distribución por subdominios de tres muestras caracterizadas por estado de bienestar (Alemania), marginalidad (México) y sujetos que acuden a un centro cívico/social del estado del bienestar (España) para realizar tareas encaminadas a la estimulación del AM; se destaca que el número de sujetos con DCL es superior en este último grupo, lo que es de esperar ya que son sujetos captados por servicios sociosanitarios que recomiendan que acudan a los talleres de actividades; mientras que los dos primeros pertenecen a muestreos de población general. El subdominio con afectación de memoria y otros dominios -DCL-a mult- es el más prevalente en el grupo con estimulación; pasando, con el mismo resultado, al tercer y cuarto lugar en porcentaje el deterioro donde solo hay un dominio afectado -DCL-noam mon y DCL-a-mon-; lo que nos indica que hay una deficiencia en la captación del DCL, al ser más predominantes los casos donde varios dominios están afectados y por ello son más evidentes.

Realizamos un análisis por el Método SQL para observar distribución de la coincidencia de los 5 factores protectores del óptimo estado cognitivo, cuya conjunción retrasa y previene el DC. El análisis de coincidencias nos arroja que un 7.89% de los sujetos y edad = 73,33 reúne las 5 condiciones. Tabla 5

(Página sucesiva)

Tabla 5: Coincidencia de los factores neurosaludables

DOMINIOS	Bienestar%	Marginal%	Estimulados%
DLC-noam mon	7,1*	5,27*	7,88
DLC-noam-mult	2,1	3,63	10,51
DLC-a-mon	4,5	2,00	7,88
DLC-a mult	5,5	3,45	13,13*
DE	1,8	1,59	2,18
DCL	19,3	14,36	39,40
Edad promedio	81,5	72,10	66,26



Minia María Miramontes Fandiño, Iria Mañas

Suma ordenada Godella

Variables	Esc	Psicm	Soc	Nut	Dep	Prome dio Edad	Sexo predomin.
Cumplen con	0 Variables	1 Individuos	2,63%	Del Total			
	Esc	Psicm	Soc	Nut	Dep	Prome dio Edad	Sexo predomin.
Resumir por 'Variables' = 0 (1 registro de detalle)							
Suma	0	0	0	0	0		
Promedio						78	Mujer
Porcentaje sobre el total	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
Porcentaje sobre el grupo	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
Cumplen con	1 Variables	1 Individuos	2,63%	Del Total			
	Esc	Psicm	Soc	Nut	Dep	Prome dio Edad	Sexo predomin.
Resumir por 'Variables' = 1 (1 registro de detalle)							
Suma	0	0	0	1	0		
Promedio						70	Hombre
Porcentaje sobre el total	0,00%	0,00%	0,00%	3,45%	0,00%		
Porcentaje sobre el grupo	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%		
Cumplen con	2 Variables	14 Individuos	36,84%	Del Total			
	Esc	Psicm	Soc	Nut	Dep	Prome dio Edad	Sexo predomin.
Resumir por 'Variables' = 2 (14 registros de detalle)							
Suma	4	1	5	11	7		
Promedio						75,214	Mujer
Porcentaje sobre el total	19,05%	8,33%	20,83%	37,93%	33,33%		
Porcentaje sobre el grupo	28,57%	7,14%	35,71%	78,57%	50,00%		
Cumplen con	3 Variables	13 Individuos	34,21%	Del Total			
	Esc	Psicm	Soc	Nut	Dep	Prome dio Edad	Sexo predomin.
Resumir por 'Variables' = 3 (13 registros de detalle)							
Suma	8	5	11	9	6		
Promedio						70,077	Mujer
Porcentaje sobre el total	38,10%	41,67%	45,83%	31,03%	28,57%		
Porcentaje sobre el grupo	61,54%	38,46%	84,62%	69,23%	46,15%		

Estudio descriptivo estado cognitivo en usuarios de un centro de actividades dirigidas a la estimulación física y cognitiva

Variables	Esc	Psicm	Soc	Nut	Dep	Prome dio Edad	Sexo predo min.
Cumplen con	4	Variables	6	Individuos	15,79%	Del Total	
	Esc	Psicm	Soc	Nut	Dep	Prome dio Edad	Sexo predo min.
Resumir por 'Variables' = 4 (6 registros de detalle)							
Suma	6	3	5	5	5		
Promedio						70,5	Hombr
Porcentaje sobre el total	28,57%	25,00%	20,83%	17,24%	23,81%		
Porcentaje sobre el grupo	100,00%	50,00%	83,33%	83,33%	83,33%		
Cumplen con	5	Variables	3	Individuos	7,89%	Del Total	
	Esc	Psicm	Soc	Nut	Dep	Prome dio Edad	Sexo predo min.
Resumir por 'Variables' = 5 (3 registros de detalle)							
Suma	3	3	3	3	3		
Promedio						73,333	Hombr
Porcentaje sobre el total	14,29%	25,00%	12,50%	10,34%	14,29%		
Porcentaje sobre el grupo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		
Suma total	21	12	24	29	21		

Un 15,79% presentan la coincidencia de 4 factores, fallando en Psicm (≥ 13 horas inactivos), edad =70,5 años.

Con un 34,21% (edad =70,1), los sujetos cumplen con la Nut, Soc y Esc (Índice de Escolaridad –IE) fallan en Dep (optimismo).

La coincidencia más alta –un 36,84%, edad =75,21- se da en las variables optimismo y nutrición.

La Nutrición se muestra como el criterio que aparece como único, y se da en un sujeto de 70 años.

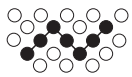
Con ninguna coincidencia se presenta un sujeto de 78 años, que no cumple ningún criterio.

Comparamos estos resultados con el grupo de la Sierra Sur –SS-, México -Tabla VI.-

Tabla VI: Coincidencia de VS neurosaludables entre estado bienestar y marginalidad

Del análisis de la comparación de las coincidencias, observamos que cuando concurren los 5 factores, la población más desarrollada tiene mayor edad. Para 4 coincidencias en el grupo estimulado falla la actividad física y la escolaridad en la marginalidad y reagrupándose el mayor porcentaje de sujetos en esta concurrencia. Cabe reseñar en este punto la baja actividad física de la población más desarrollada. Concuerdan ambas muestras cuando coinciden 3 VS - Nut, Opt, Soc- aunque con una diferencia porcentual de 5,69 p.p en edad, mayor para la población marginal pero con menor porcentaje de sujetos 34,21vs 9,64, lo que se atribuye a la alta mortandad a partir de los 75 años en la población de la Sierra Sur, siendo los supervivientes los que tienen mayor status socioeconómico.

En el presente estudio con dos factores coinciden el optimismo y la nutrición y es el estado nutricional el que falla en la SS que para este rango de coincidencias mantienen la sociabilidad y el optimismo, fallando la



Minia María Miramontes Fandiño, Iria Mañas

socialización en la sociedad de mayor desarrollo. Esta coincidencia es la que reagrupa a un mayor número de sujetos en España y la segunda en México. Cómo era de esperar la nutrición es el factor que se mantiene en una sociedad desarrollada y en la sociedad en vías de desarrollo es la sociabilidad.

Discusión

Quisimos aproximarnos al estado cognitivo del AM que acude a actividades de estimulación de una población semirural desarrollada. La importancia del estudio estriba en conocer el perfil cognitivo de sujetos estimulados física/cognitiva y/o con manualidades, que acuden por recomendación sociosanitaria a centros específicos para AM y conocer si esta atención está siendo integral como es lo recomendable según la argumentación teórica, si recoge todos los casos y su distribución en los talleres es la correcta, así también, conocer si nivel de prevención que la comunidad implementa en estos usuarios está siendo la adecuada para los sujetos. Para ello, examinamos aleatoriamente 38 sujetos de ≥ 60 años (Edad promedio 71,46, DE=8,14) con las necesidades biopsicosociales básicas cubiertas.

Destacamos, con respecto al estado biomédico, que a pesar de la influencia de las enfermedades endocrinas en la salud cerebral, un 29% de sujetos no realizaron pruebas tiroideas y del 14% esperado de diabéticos acuden un 8%. Así mismo, destaca la ignorancia en la sexualidad del AM dado que el 100% de los varones, de los cuáles un 33% tiene causas médicas justificables, consideraban que no tenían relaciones por reacciones físicas propias de la edad y sin conocer alternativas. De estos resultados se desprende la necesidad de la captación de sujetos diabéticos, la información de la necesidad de realizar pruebas tiroideas a toda la población AM y la implementación de talleres de sexualidad para este grupo etario.

Encontramos un IE medio/alto en el 55% y no se dan analfabetos. Estudios encuentran que el comportamiento de la prevalencia en DCL es significativamente mayor en sujetos con menor IE -superior entre los analfabetos, disminuye entre aquellos que cursaron estudios primarios y reduciéndose en sujetos con estudios superiores y practican diariamente la lectura (Miramontes y Mora, 2015). Según Katzman (1993), esto se debe a que la reserva neuronal es mayor en individuos instruidos por la creación de más sinapsis corticales que parapetan frente al deterioro causado por pérdida neuronal.

Aunque para Demencia, la organicidad y factores ambientales resitúan al IE como un factor secundario.

Para el DCL obtuvimos un 39.47% -edad =66,26-, sin diferencia significativa entre sexos, el total de sujetos con IE alto (14,29%) acuden al taller de memoria. Un 20% con DCL y IE medio/bajo no acude, por lo que a mayor formación, mayor conciencia de dificultades cognitivas. La prevalencia del DCL encontrada en centros residenciales para la tercera edad oscila entre el 38,7%-44%. De todos los participantes en este estudio a tres sujetos (todos diagnosticados con demencia) les ha sido realizado un screening cognitivo previamente. De lo que inferimos una carencia a nivel preventivo por parte de las unidades asistenciales al AM. Estudios encuentran que el 44% de pacientes con DCL diagnosticados tempranamente revierten el proceso al año, a su vez, un 12% por año progresan a demencia frente al 1-2% de los controles, al cabo de 6 años el porcentaje aumenta a un 80% (Gangulli y otros, 2004).

Las manifestaciones del DCL no son similares (Miramontes y Mora, 2015) y consideramos que dependiendo de la población objeto de estudio sus manifestaciones diferirán. En este estudio el DCL se manifiesta con mayor prevalencia -60.40%- cuando se produce la afectación de múltiples dominios DCL-a-mult-13.33% -33,77% del total- con el 100% de sujetos con estudios medio/superiores y DCL-noam-mult-10,51% -26.62% del total- con el 100% de IE medio-bajo. El 90,7% de ambos subdominios van al taller de memoria. Los resultados nos arrojan que, por un lado, pasan desapercibidos para los agentes comunitarios los sujetos con un solo dominio afectado ya que en la población general con DCL son los más prevalentes. Por otro, con respecto al IE en el DCL-a-mult todos los sujetos tienen un nivel medio/superior; los estudios argumentan que los sujetos con mayor instrucción “desarrollan un deterioro de tipo menos homogéneo” con afectación de varios dominios cognitivos. El estudio de DeBusse y otros (2006) para la población general de una sociedad de bienestar, con IE superior y media de edad (81,5), encuentra más prevalente al DLC-noam-mon, como era lo esperado, seguido por el subdominio DLC-a-mult pero el DLC-noam-mult aparece como el menos prevalente; Otros estudios han encontrado que la baja escolaridad desarrolla un deterioro de varios dominios cognitivos diferentes a la memoria, Miramontes y Mora (2015), en este estudio hallaron en una población general de AM perteneciente a la marginalidad y con un IE bajo, que tras el DLC-noam-mon, esperado, al DLC-noam-mult como el segundo más prevalente. Este subdominio,

Estudio descriptivo estado cognitivo en usuarios de un centro de actividades dirigidas a la estimulación física y cognitiva

además, es el que menos evoluciona a demencia, más influida por la organicidad. Por lo analizado, se infiere que un mayor nivel de formación previene la afectación de diferentes dominios cognitivos diferentes a la memoria.

Existen 5 áreas clave en el cuidado del cerebro, además del sueño, según Bilbao (2012). A lo largo de la vida, todas ellas suman para mejorar el estado cognitivo y calidad de vida. Estas 5 áreas clave son: Nutrición Neurosaludable, ejercicio físico, estimulación intelectual, socialización y manejo adecuado de las emociones. Con impacto tanto en el estado emocional como en el rendimiento intelectual como para la prevención del DCL por su condición de neurosaludables y de protectoras del óptimo estado cognitivo.

Del análisis de la coincidencia de estos factores en los sujetos de nuestra muestra son nutrición y optimismo, con un 36,84%, los factores que se presentan con una mayor prevalencia con una edad promedio de 75,21 (3,75 p.p. por encima de la media de edad muestral), si le añadimos la socialización y con una edad media de 70,07, se encuentra la coincidencia de tres factores en el 34,21% como segunda coincidencia más prevalente. Destacamos, en la coincidencia de cuatro factores, que falta la actividad física (un 28,94% de los sujetos están ≥ 13 horas en total inactividad, edad media 70,5 y predominio masculino, como era lo esperado dado que la mujer sigue siendo la encargada de las tareas domésticas tras la jubilación. Un 7,89% (edad media 73,33) cumple con todos los requisitos para preservar un estado cognitivo óptimo.

Del análisis comparativo con una población marginal en SS de México encontramos que si en nuestra población el mayor número de coincidencias se da en nutrición y optimismo (36,84%, edad media 75,21 años), en la SS de México la prevalencia más alta está en la concurrencia en cuatro variables (66,83%, edad media de 70,24 años), cuando en nuestra población coinciden cuatro variables la edad es similar a la de la SS (70,5) (Miramontes y Mora, 2015). Por otro lado, la distribución de edades y las prevalencias en las concurrencias en Godella son más homogéneas que en la SS. Coinciden ambas poblaciones cuando se combinan los tres factores neurosaludables nutrición, sociabilidad y optimismo, aunque con promedio de edad significativamente diferente con 24,57 p.p ($\sigma=2,84$) de diferencia, siendo la tercera más prevalente para la SS y la segunda para Godella y con una edad más elevada en la SS en una muestra hecha en la población general y marginal, esta es la edad media

de mortandad para esta región, por lo que se infiere que los sobrevivientes a esta edad tienen un status socioeconómico más elevado (Miramontes y Mora, 2015). Cuando ocurren cuatro coincidencias destaca la ausencia de actividad física en la población con mejor calidad de vida y cuidados en salud, oportunidades medioambientales y socioculturales para realizar actividades de interrelación social y actividad física con respecto a la población de escasos recursos, donde como era lo esperado fallan en escolaridad. Lo que nos está indicando que a mayor calidad de vida, comodidades que la sociedad de bienestar proporciona, la propia acomodación lleva a la inactividad; por otro lado, los AM de la SS no acceden a la jubilación a los 65 años como en nuestra población.

De ello, se deriva que la acción comunitaria ha de encaminarse a motivar a la actividad física del AM, integrándolos en las actividades que los servicios sociales tienen como excursiones, visitas guiadas, marchas, etc. Teniendo en cuenta que además la socialización se encuentra en todos los sujetos de la SS y en Godella aparece hasta la coincidencia de tres factores y que este factor correlaciona con la depresión, el uso de la atención en salud mental y vivir solo. Estudios constatan un aislamiento de vida de relación de los mayores, por la proporción de personas que viven solas es tres veces superior a la que había en 1962, debido, en parte, a la disminución de las cohabitaciones generacionales en la sociedad occidental.

Concluimos este análisis descriptivo de las características del AM que acuden a centros de estimulación en una sociedad del bienestar que cuando aparece el DCL la media de edad es inferior al DCL en la población general, como era lo esperado por ser una muestra donde se han observado dificultades cognitivas por lo que acuden a estos centros, la forma en que se presenta el DCL es de predominio DCL-a-mult, que a su vez es el más evidente por tener más síntomas observables, este subdominio es el segundo en prevalencia de la población general en una sociedad de bienestar y con una edad media mayor, ocupando el tercer lugar en las sociedades marginales, seguramente por la mortandad más temprana. Sin embargo el DCL con un dominio afectado es el menos prevalente en sujetos que acuden a centros de mayores, por lo que no están siendo debidamente captados. En la marginalidad se desencadena un DCL multidominio no amnésico, más relacionado con el IE y menos con la organicidad el segundo en prevalencia en nuestro estudio y donde recaen así mismo los sujetos con menor IE.

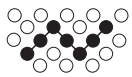
Se destaca en nuestra población la falta de actividad

Minia María Miramontes Fandiño, Iria Mañas

física a lo que se le unen las carencias en la socialización, factores como la jubilación, la comodidad del hogar, vivir solo y la no cohabitación intergeneracional, junto a la falta de la aplicación de políticas de psicología ambiental por la falta de actuación desde los servicios comunitarios están influyendo en estos dos factores. De los datos obtenidos observamos carencias por parte de los agentes sociosanitarios en la puesta en marcha de estrategias bio-psico-sociales para la promoción, prevención e intervención en la salud cerebral del AM de nuestra población.

Bibliografía

- Miramontes MM, Mora RM. Estudio descriptivo del Estado Cognitivo en Adultos Mayores en condiciones de marginalidad: Influencia del contexto biopsicosocial en la manifestación del Deterioro Cognitivo Leve. *Psicologia.com* [Internet]. 2015 [citado 07 Ago 2015];19:10. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/1685/>
- Inouye, S.K., Studenski, S., Tinetti, M.E. y Kuchel, G.A. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics*. 2007; 124(16).
- Fustinoni, O. Deterioro Cognitivo y Demencia. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2002; 1(1):39–44.
- Bilbao, A. Como preservar la salud del cerebro. *Me falla la memoria*. RBA editores. España. 2012; pp. 136–137.
- Pactem-nord. Territorio y políticas sociales. Departamento de economía aplicada. Universidad de Valencia. 2005. Consultado el 27/11/2015. <http://pactemnord.consorcio.info/descargas/socioeconomico.pdf>.
- Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JC, De- Kosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standard Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001; 56: 1133–42.
- Petersen RC, Knopman DS, Boeve BF, Geda YE, Ivnik RJ, Smith GE, et al. Mild Cognitive Impairment: Ten Years Later. *Arch Neurol*. 2009 dic; 66(12):1447–55.
- Sociedad española de Neurología. Criterios NIA-AA. Disponible en <http://www.hipocampo.org/articulos/articulo0431.asp>. Consultado el 10 de febrero de 2014).
- Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. *RevEspGeriatrGerontol*, 2008;43:271–83.
- Fontana C. Concordancia entre los índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. *Enfermería Clínica*, 2002; 12: 47–53.
- Álvarez M, Alaiz AT, Brun E y cols. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. *Fiabilidad del método*. *Aten Prim* 1992, 10: 812–815.
- Martínez, J., et al. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS). *Medifam*. 2002 ; v.12 n.10 Madrid dic.
- Blesa R, Pujol M, Aguilá M, et al. Clinical validity of the “Mini-Mental State” for Spanish-speaking communities. En: Peña-Casanova J, Gramunt N, Gich J, editores. *Tests neuropsicológicos*. Barcelona: Masson; 2004. p. 31–5.
- Freeman, M, Leach, L, Kaplan, E, Winocur, G, Shulman, KI y Delis, DC: Clock drawing. A neuropsychological analysis. Nueva York: Oxford University Press 1994.
- Rami, L., Molinuevo, J.L., Sanchez-Valle, R., Bosch, B., & Villar, A. (2007). Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer’s disease with M (Memory Alteration Test) in the primary care population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 294–304.
- Leiva A, Palacios L, Sánchez JL, Forjan E, León JC. Deterioro cognitivo y dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en una residencia de ancianos; una aproximación a la fuente de dificultad. Resumen de Comunicaciones. IV Congreso ASANEC. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006; 3 (7). [Consultado 12/12/2007]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php>.
- Katzman R. Education and The prevalence of Dementia and Alzheimer’s disease. *Neurology*. 1993; 43:13–20.
- Damián J, Valderrama E, Rodríguez F, Martín JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores de Madrid. *Gac Sanitaria* 2004; 18 (4): 268–74.
- Molinero J.L. Deterioro Cognitivo leve. Ed. Glosa. 2007; pag 37.
- Busse A, Hensel A, Gühne U, Angermeyer MC, S.G. Riedel-Heller, MD, MPH, PhD. Mild cognitive impairment. Long-term course of four clinical subtypes. *Neurology* (67 2185). 2006; p.p 2176–84.
- Gangulli M.; Dodge H.H.; Shen C.; DeKosky S.T. Mild cognitive impairment, amnesic type: an epidemiologic study. *Neurology* 2004;63: 401–408.



Cuestionario para Ansiedad Geriátrica: Estudio de la consistencia interna y estructura factorial

Juan M. Molina-Linde¹, Manuel Aleixandre-Rico², Juan R. Lacalle-Remigio³

Resumen

La ansiedad es un problema psicológico con alta prevalencia en las personas mayores. Se precisan instrumentos de detección de la ansiedad y que psicométricamente estén validados. El presente estudio instrumental se ha dirigido a desarrollar una medida de autoinforme de la ansiedad rasgo (factor de personalidad que predispone a padecer o no ansiedad) y ansiedad estado (los factores ambientales que protegen o generan ansiedad).

Material y métodos. El instrumento incluye 25 ítems de los cuales 14 ítems corresponden a la subescala de ansiedad rasgo y 11 ítems a la subescala de ansiedad estado. La muestra estaba constituida por 354 personas mayores de 60 años. Se comprobaron las propiedades psicométricas del cuestionario.

Resultados. Mediante el análisis factorial exploratorio se apuntaron seis factores. La subescala ansiedad rasgo estaría compuesta por los factores motor, cognitivo y fisiológico; mientras que la ansiedad estado estaría constituida por el cognitivo, fisiológico y miedo. Tanto la ansiedad rasgo como la ansiedad estado mostraron una elevada consistencia interna: ansiedad rasgo ($\alpha = 0,83$) y ansiedad estado ($\alpha = 0,81$).

Conclusiones. El nuevo cuestionario para ansiedad geriátrica es un instrumento que permitirá detectar síntomas y conductas propias de la ansiedad que orienten a la planificación de estrategias preventivas de trastornos de ansiedad.

Palabras Clave: Ansiedad, Personas Mayores, Fiabilidad, Análisis factorial exploratorio, Estudio instrumental.

Abstract

Anxiety is a psychological problem with a high prevalence in the elderly. Anxiety detection instruments are needed and should be psychometrically validated. This instrumental study was aimed at developing a self-report measure of trait anxiety (personality factor that predisposes to suffer from anxiety) and state anxiety (environmental factors that protect or generate anxiety).

Material and methods. The instrument includes 25 items of which 14 items correspond to trait anxiety subscale and 11 items to the state anxiety subscale.

The sample consisted of 354 people over 60 years. Psychometric properties of the questionnaire were tested.

Results. Through factor analysis six factors were noted. Trait anxiety subscale would be composed of the motor, cognitive and physiological factors; while the anxiety state would consist of cognitive, physiological and fear. Both trait anxiety and state anxiety showed high internal consistency: trait anxiety ($\alpha = 0.83$) and anxiety state ($\alpha = 0.81$).

Conclusions. The new questionnaire for geriatric anxiety is an instrument to detect symptoms and anxiety own

ISSUE Nº1
JUNIO
2017

Recibido:
13/03/2017

Aceptado:
05/04/2017

(1)Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), Sevilla. Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena, 1. Sevilla (España). 41020. E-mail: juanm.molina.ext@juntadeandalucia.es

(2)Universidad de Granada, Granada.

(3)Universidad de Sevilla, Sevilla.

Juan M. Molina-Linde, Manuel Aleixandre-Rico, Juan R. Lacalle-Remigio

behaviour to guide the planning of preventive strategies for anxiety disorders.

Keywords Anxiety, Aged, Reliability; Exploratory factor analysis; Instrumental study.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad están caracterizados por una respuesta desproporcionada a una situación o estímulo estresante, así como por un profundo grado de interferencia en la vida cotidiana, son patologías con una elevada prevalencia en la población general y alta tasa de frecuentación de los servicios de salud (Latorre Postigo, et al., 2012; Stein & Sareen, 2015; Cano Vindel, 2011).

La ansiedad es un síntoma comparativamente menos frecuente en ancianos que entre sujetos más jóvenes, especialmente en las formas de comienzo a edad avanzada (Flint, 2005). Quizás por ello han recibido poca atención en la literatura especializada (Bruno & Lepetit, 2015), aunque diversos estudios epidemiológicos establecen que la prevalencia de ansiedad en la comunidad varía desde el 1,2% al 15%, y en muestras clínicas desde el 1% al 28%. La prevalencia de síntomas de ansiedad es mucho mayor, en un rango que varía del 15% al 52,3% en la comunidad, y del 15% al 56% en muestras clínicas. Estas discrepancias son en parte atribuibles a inconsistencias conceptuales y metodológicas que caracterizan a la literatura sobre el tema (Bryant, Jackson & Ames, 2008).

Los trastornos de ansiedad en los ancianos se han asociado con deterioro cognitivo, y aumento de problemas de salud, incluyendo la fragilidad, el empeoramiento de la función física, el aumento del riesgo de discapacidad y una mayor ingesta de medicamentos (Gale, 2011; Ní Mhaoláin, 2012).

Aunque se considera que los trastornos de ansiedad presentan menores repercusiones clínicas y en la calidad de vida que otros trastornos mentales, lo cierto es que siguen un curso clínico relativamente estable, con una gran tendencia a la cronicidad (Angst & Vollrath, 1991). Por todo ello, un aspecto que parece prioritario en el área de los trastornos de ansiedad es la mejora de la capacidad diagnóstica por parte de los profesionales (Wittchen, 2002; Culpepper, 2002).

Actualmente, la mayoría de investigadores aceptan como definición de trabajo para el estudio de la emoción en general, y de la ansiedad en particular, la propuesta de Peter J. Lang del triple sistema de respuesta en la cual se considera a la emoción como una disposición para la acción mediante tres sistemas de respuesta relativamente independientes: el cognitivo o experiencial subjetivo, el motor o conductual-expresivo y el neurofisiológico-bioquímico (Lang, 1968; Lang, 1979). La respuesta emocional emitida engloba aspectos cognitivos de carácter displacentero en el individuo (tensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, miedo, aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, sentimientos de incapacidad ante la situación, sensación general de pérdida de control, etc.), aspectos motores que implican comportamientos poco adaptativos (paralización motora, hiperactividad, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones, conductas de escape, movimientos sin una finalidad concreta, torpes y repetitivos, etc.) y aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático (palpitaciones, pulso rápido, opresión torácica, respiración rápida y superficial, ahogo, molestias digestivas, sudoración, sequedad de boca, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatigabilidad excesiva, tensión muscular, mareo, vómitos, micciones frecuentes, etc.) (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Por otra parte, desde la psicología de la personalidad (Cattell & Scheier, 1961; Spielberger, 1989) se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado. Desde el punto de vista de rasgo, se presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, emitiendo una respuesta de ansiedad ante la misma. Igualmente, la ansiedad entendida como estado sería el período transitorio caracterizado por un sentimiento de tensión, aprensión y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, pudiendo variar tanto en el tiempo como en la intensidad (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970).

La génesis y acumulación de evidencia sobre la eficacia de los tratamientos prescritos en los trastornos de ansiedad dependen, en parte, de la existencia de instrumentos de medición que valoren la presentación y gravedad de sus síntomas y que además presenten adecuados criterios psicométricos de validez, fiabilidad

Cuestionario para Ansiedad Geriátrica: estudio de la consistencia interna y estructura factorial

y sensibilidad al cambio.

Así, se ha creído oportuno añadir al escaso conjunto de escalas ya validadas en español (Echeburúa, 2000) nuevos instrumentos de valoración clínica de los trastornos de ansiedad que, dada su brevedad, superen las limitaciones previamente descritas. El objetivo de la presente investigación es diseñar y analizar las cualidades psicométricas de un cuestionario construido para la evaluación de la presencia de los síntomas de los trastornos de ansiedad en el ámbito de la vejez, pretendiendo paliar el déficit de instrumentos para la valoración clínica de la ansiedad en este grupo etario, tanto en la práctica asistencial como en la investigación clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

La presente investigación utiliza un diseño empírico con metodología cuantitativa y corresponde a un estudio instrumental, según la clasificación de Montero y León (2007). Los participantes no fueron sometidos a intervenciones, ni se manipularon variables independientes, por tratarse de un estudio instrumental, encaminado al desarrollo de una prueba y la descripción de sus propiedades psicométricas.

Muestra

Para la validación de constructo y fiabilidad, se incluyó en el estudio a aquellas personas mayores de 60 años, residentes en la provincia de Granada. Todos tuvieron que dar su consentimiento previo para participar en el estudio. A todos los participantes se les garantizó la confidencialidad de sus respuestas. El estudio se realizó mediante un muestreo por selección intencionada entre personas mayores que asistían a un aula de mayores, personas en sus domicilios y personas institucionalizadas. Se consideró como criterio de exclusión presentar deterioro cognitivo (con más de 2 errores en el test de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975)). El test de Pfeiffer es un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

El tamaño muestral se calculó según los criterios mínimos exigidos para la realización de esta técnica (al menos 5 pacientes por ítem) (Gorsuch, 1983).

En total se administró el cuestionario a 362 personas, de las que 8 fueron excluidas por mostrar más de 2 errores en el test de Pfeiffer, por lo que la muestra total estuvo compuesta por 354 personas. La mayoría de los participantes era mujeres (65,4%). De los participantes, el 56,3% estaban casados, el 34,6% viudos, el 7% solteros y un 2,1% separados en el momento de cumplimentar el cuestionario. En cuanto al nivel escolar, el 41,5% de los participantes sabía leer y escribir, el 30,5 tenían estudios primarios, el 10,3% bachiller elemental o EGB, el 5% estudios medios, el 3,5% estudios superiores y un 9,2% eran iletrados.

Desarrollo del cuestionario

Para el desarrollo del cuestionario y siguiendo las recomendaciones de Lozano y de la Fuente (2009), se realizó en primer lugar una revisión exhaustiva de la literatura con el objeto de identificar las manifestaciones clínicas de los pacientes mayores con síntomas de trastornos de ansiedad y, por otra parte, revisar el contenido de otros cuestionarios de ansiedad independientemente de la edad de la población a los que se destinaba. Se revisaron los instrumentos: Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1983), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond, & Snaith, 1983), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) (Hamilton, 1959), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990), Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15) (Wittchen & Boyer, 1998), Escala de Detección de Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV de Carroll y Davidson (Bobes, García-Calvo, García-García, Rico-Villademoros, & Grupo Español de Trabajo para la validación de la versión española de la Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV (Escala de TAG de Carrol y Davidson), 2006), Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS) (Taylor, 1953), Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.) (Miguel Tobal, & Cano Vindel, 1986), Adult Manifest Anxiety Scale-Elderly Version (AMAS-E) (Lowe, & Reynolds, 2006), Short Anxiety Screening Test (SAST) (Sinoff, Ore, Zlotogorsky, & Tamir, 1999) y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones,

Juan M. Molina-Linde, Manuel Aleixandre-Rico, Juan R. Lacalle-Remigio

& Grayson, 1988).

Como resultado de la revisión se preparó una primera versión del cuestionario de ansiedad en personas mayores. Las preguntas incluidas en la versión preliminar del cuestionario de ansiedad geriátrica hacían referencia a aspectos específicos de ansiedad estado y ansiedad rasgo según la tipología empleada por Spielberger (1983) con el instrumento STAI que divide esta psicopatología en su dimensión cognitiva, fisiológica y motora, en el caso de la ansiedad estado la dimensión motora ha sido sustituida por el componente miedo. Cada pregunta era contestada mediante una escala tipo Likert con 3 opciones de respuesta: casi nunca, a veces o casi siempre en la ansiedad rasgo y nada, algo o mucho en la ansiedad estado.

Validez de contenido del cuestionario

Para la validación de contenido mediante juicio de expertos se contó con la participación de 3 expertos, todos ellos profesores universitarios y especialistas en psicología de la emoción. Estos expertos analizaron el contenido de las preguntas en términos de comprensión, formato y aplicabilidad. Tras esta revisión, se modificaron algunas expresiones y se añadieron 2 preguntas, dando lugar a una segunda versión del cuestionario.

La segunda versión del cuestionario fue administrada entre el 27 de septiembre al 2 de octubre de 2007 a un grupo piloto de siete personas mayores, 4 mujeres y 3 hombres, entre 66 y 81 años de edad ($M = 74,0$, $DE = 5,03$). Estas personas no estaban institucionalizadas y no presentaban deterioro cognitivo. A estas personas se les pidió su opinión acerca de la comprensión y aplicabilidad de cada una de las preguntas. Con esa información se elaboró la versión final del cuestionario (Anexo 1).

En el cuestionario se recogieron datos sociodemográficos (sexo, edad y nivel de estudios).

Procedimiento

En cada aplicación del cuestionario participaba un monitor, previamente entrenado, que daba unas instrucciones generales acerca de la cumplimentación del cuestionario y demás datos requeridos. El cuestionario fue autoadministrado y el tiempo medio en su cumplimentación fue de unos 20 minutos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis factorial exploratorio y previamente se valoró la posibilidad de su realización mediante el test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de Esfericidad de Bartlett. Para identificar la estructura inicial, en el análisis factorial exploratorio se empleó un procedimiento de componentes principales y rotación ortogonal varimax, facilitando la identificación de los factores emergentes (Tabachnick & Fidell, 2001). El número de factores a extraer vino predeterminado por el modelo teórico asumido. Se establecieron los siguientes criterios para que un elemento formara parte de un factor: a) alcanzar una carga factorial igual o superior a 0,40 en la matriz de componentes rotados; b) en caso de existir una saturación de esa cuantía en más de un factor, ha de existir una diferencia en saturación mínima de 0,15 en valor absoluto para ser seleccionado en un solo factor; c) han de formarse factores que contengan al menos dos elementos.

La fiabilidad de las subescalas y la del cuestionario en su conjunto se estudió mediante la consistencia interna, basada en el grado de homogeneidad de las preguntas de un factor, expresada en el coeficiente α de Cronbach (1951). De acuerdo a Nunally (1978), son aceptables los valores de 0,70 o más, y en los de 0,90 o más, se debería considerar que hay redundancias que requiere acortar la escala.

Las propiedades psicométricas del análisis factorial exploratorio y fiabilidad se obtuvieron con el paquete estadístico SPSS 23.0 para Windows.

RESULTADOS

Validez de contenido

En relación con el juicio de los expertos, se mantuvieron todos los ítems dado que todos ellos contaron con el 100% de valoraciones favorables, introduciendo en el cuestionario un conjunto de modificaciones a tenor de lo expresado en sus valoraciones.

Por su parte, la administración del instrumento al primer grupo piloto propició cambios en el cuestionario y suscitó la necesidad de abordar un segundo proceso de aplicación a un segundo grupo piloto. Teniendo en cuenta que, en esta segunda aplicación, no se apreciaron inconsistencias por lo que no se suscitaban cambios consecuentes en el cuestionario y se concluyó con la

Cuestionario para Ansiedad Geriátrica: estudio de la consistencia interna y estructura factorial

delimitación definitiva de este desde la perspectiva de la validez de contenido.

estructura dimensional.

Para la interpretación de la matriz factorial rotada, se asumieron los siguientes criterios:

Reactivos	Componentes		
	Motor	Cognitivo	Fisiológico
8 Trataba de evitar o rehuir la situación	0,560		
9 Solía moverme mucho y hacer cosas sin una finalidad	0,571		
10 Tartamudeaba o me costaba mucho encontrar las palabras o las ideas adecuadas, para responder	0,712		
11 Me quedaba paralizado	0,773		
12 Mis movimientos se volvían torpes	0,772		
1 Toda la vida, cuando he tenido problemas me he preocupado más de lo necesario		0,694	
2 Suelo ponerme en la peor situación de un problema antes de que suceda		0,760	
3 Siempre he pensado que hago los problemas más grandes de lo que realmente son		0,737	
6 Siempre me ha dado miedo el no saber que podía pasarme en el futuro		0,555	
7 Cuando las cosas se ponían difíciles, mi mente se quedaba en blanco y no podía pensar con claridad		0,561	
4 En muchas ocasiones, he pensado que me iba a dar un ataque al corazón			0,521
5 Siempre que me he puesto nervioso he sentido que me faltaba el aire			0,641
13 Me sudaban las manos u otras partes del cuerpo			0,715
14 Sentía la boca totalmente seca			0,684
<i>Eigenvalue</i>	2,84	2,65	1,99
<i>%Varianza explicada</i>	20,26	18,96	14,21

Tabla 1. Matriz factorial rotada de la subescala de ansiedad rasgo.

Análisis factorial

Se realizó un análisis exploratorio por el procedimiento de extracción de componentes principales para la

- Un ítem pertenecía a un determinado factor si su carga en el factor es mayor o igual a 0,4.

- Aquellos ítems que cumplieron con el primer criterio en más de un factor, se asignaron a aquel en el que tenían una carga con valor absoluto más alto y con una diferencia en saturación mínima de 0,15.

Juan M. Molina-Linde, Manuel Aleixandre-Rico, Juan R. Lacalle-Remigio

- Los nombres asignados a cada factor se relacionaron con el significado general del grupo de ítems que componen el factor.

El análisis factorial exploratorio realizado en la subescala de ansiedad rasgo, conformada por 14 ítems, con 3 factores y autovalores superiores a 1, explican el 53,43% de la varianza total de la escala (Tabla 1). Esta solución presenta un buen nivel de ajuste según el índice de adecuación de muestreo Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,808) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 1319,334$, gl = 91; $p = 0,000$).

El análisis factorial exploratorio realizado en la subescala de ansiedad estado con otros tres factores y autovalores superiores a 1 explican el 61% de la varianza total (Tabla 2). Esta solución presenta también un buen nivel de ajuste según el índice de adecuación de muestreo (KMO = 0,806) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 1124,515$, gl = 55; $p = 0,000$).

Tabla 2. Matriz factorial rotada de la subescala de ansiedad estado.

Reactivos	Componentes		
	Cognitivo	Fisiológico	Miedo
1 Me siento tenso	0,553		
7 Me agobian mis preocupaciones	0,649		
8 Sé que no debería estar tan preocupado por las cosas, pero no puedo hacer nada para evitarlo	0,750		
9 Aunque no lo digo tengo miedo	0,663		
10 Tengo la cabeza llena de preocupaciones	0,851		
2 Me encuentro inquieto		0,561	
3 Siento el estómago revuelto		0,657	
4 Siento el corazón como si se fuera a salir de mi pecho		0,795	
5 Me cuesta respirar o respiro más aprisa de lo habitual		0,812	
6 Tengo miedo a morirme			0,776
11 Tengo miedo a caerme			0,622
<i>Eigenvalue</i>	2,81	2,42	1,48
<i>%Varianza explicada</i>	25,56	22,02	13,42

Fiabilidad

Los valores del α de Cronbach tanto de las subescalas de ansiedad rasgo y ansiedad estado como para el cuestionario global con todos los ítems fueron adecuados, confirmando su fiabilidad (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis de fiabilidad de las subescalas y cuestionario global. (Página sucesiva)

Tras comprobar la validez y la fiabilidad, se obtuvo el cuestionario definitivo (Anexo 1).

DISCUSIÓN

Los datos sobre prevalencia e incidencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores varían de forma significativa entre estudios y esto pudiera deberse a la inexistencia de unos de criterios diagnósticos e instrumentos validados para su evaluación en este grupo de edad. La mayoría de las medidas autoinformadas de ansiedad se validan con personas adultas jóvenes, lo que limita su uso en personas mayores porque puede que no sean sensibles para detectar manifestaciones de ansiedad en este

Cuestionario para Ansiedad Geriátrica: estudio de la consistencia interna y estructura factorial

Subescala	Nº de elementos	α de Cronbach estandarizada
Ansiedad rasgo	14	0,829
Ansiedad estado	11	0,808
Cuestionario global	25	0,884

grupo, puesto que pueden confundir más fácilmente los síntomas físicos de la ansiedad con las manifestaciones propias del envejecimiento o enfermedades frecuentes entre los mayores (Pachana, et al., 2007).

La necesidad de disponer de instrumentos de evaluación validados en población mayor aparece reflejada en revisiones recientes que señalan la carencia de cuestionarios o escalas (Bryant, Jackson, & Ames, 2008; Volkert, Schulz, Härter, Włodarczyk & Andreas, 2013).

El propósito de nuestro estudio ha sido la construcción de un cuestionario para la evaluación de la ansiedad estado y rasgo en las personas mayores. A partir de los ítems procedentes de diferentes cuestionarios, así como otros elementos contemplados por la literatura sobre trastornos de ansiedad, se ha tratado de incluir en la propuesta del instrumento los factores correspondientes a la teoría de Lang (1968 y 1979) – fisiológico, cognitivo y motor–, así como la tipología empleada por Spielberger (1983) –ansiedad estado y ansiedad rasgo–. El resultado es el Cuestionario para Ansiedad Geriátrica conformado por catorce ítems referentes a ansiedad rasgo –de los cuales cinco corresponden al componente motor, otros cinco al cognitivo y cuatro al fisiológico– y once ítems aplicados a ansiedad estado –de los cuales cinco corresponden al componente motor, cuatro al cognitivo y dos al componente que hemos denominado miedo–, con tres alternativas de respuesta cada uno.

Este estudio muestra unas adecuadas propiedades psicométricas para valorar la ansiedad rasgo y estado en personas mayores. En relación con los instrumentos elaborados con carácter general por otros autores, para el estudio de la ansiedad en población adulta, el cuestionario derivado de esta investigación añade mayores cotas de especificidad, al focalizar su atención únicamente en personas mayores, que presenta singularidades propias derivadas en síntomas particulares. Futuros estudios debieran comparar el ajuste de las diferentes propuestas mediante funciones que posibiliten un test de modelos hipotetizados, así como indagar en la estabilidad temporal de las medidas que ofrece el instrumento, y someterla a estudios de

validación con diferentes muestras.

Nuestro estudio presenta varias limitaciones añadidas. Así, no se incluyeron a sujetos sin enfermedad psiquiátrica o pacientes sin trastornos de ansiedad, pero con otras enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, este es uno de los pocos estudios de validación de una medida de ansiedad para la población mayor. Los instrumentos de evaluación de la ansiedad han sido diseñados para una población adulta en general y las importaciones al campo de la salud mental geriátrica rara vez han sido validadas (Wetherell, Birchler, Ramsdell & Unützer, 2007). La creación de novo en este caso como la adaptación cultural en otros de instrumentos de medidas para personas mayores es esencial, dado el diferente perfil de ansiedad, incluyendo las diferentes percepciones y descripciones de síntomas empleados por los ancianos, además de las particularidades clínicas incluyendo síntomas somáticos que coinciden con condiciones médicas (Wetherell, Le Roux & Gatz, 2003). No obstante, este cuestionario, tal y como recomendaba el DSM-V Anxiety, Obsessive–Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders Work Group, ha tratado de hacer preguntas sencillas y que no consumiera mucho tiempo (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley & Craske, 2010).

Es normal que los cuestionarios se empleen como screening, o como cuantificación de la intensidad y como evaluación de respuesta a un tratamiento. En general, en la evaluación de la ansiedad de personas mayores tienen poca utilidad, la mayoría están cargadas de ítems somáticos y la presencia de enfermedades somáticas hace que los falsos positivos se incrementen. De ahí, la relevancia de un instrumento como el que presentamos.

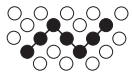
En conclusión, hemos mostrado cómo la escala puede ser utilizada para medir los síntomas de ansiedad generalizada en los ancianos, ya que proporciona una medición precisa y sensible de la gravedad de los síntomas en esta población. El interés por validar cuestionarios de evaluación de ansiedad en personas mayores responde a la necesidad de disponer de instrumentos de medida válidos y fiables. Pese a este

Juan M. Molina-Linde, Manuel Aleixandre-Rico, Juan R. Lacalle-Remigio

interés existen escasos estudios de evaluación de propiedades psicométricas de instrumentos de medida específicos para evaluar este trastorno, y totalmente inexistentes si solamente se consideran los trabajos acerca de instrumentos de medida de ansiedad validados en español. Por todo ello es destacable la novedad de los resultados presentados en este trabajo que muestran que el cuestionario de ansiedad geriátrica posee adecuadas propiedades psicométricas para su uso en la investigación y la práctica clínica habituales.

BIBLIOGRAFÍA

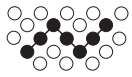
- Latorre Postigo, J.M., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J.M., Mae Wood, C. & Cano Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5 (1), 37–45.
- Stein, M.B. & Sareen, J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *The New England journal of medicine*, 373 (21), 2059–2068.
- Cano Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17 (1), 73–95.
- Flint, A.J. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients: epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs & aging*, 22 (2), 101–114.
- Bruno, M. & Lepetit, A. (2015). Les troubles anxieux de la personne âgée. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 13 (2), 205–213.
- Bryant, C., Jackson, H. & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of affective disorders*, 109 (3), 233–250.
- Gale, C.R., Sayer, A.A., Cooper, C., Dennison, E.M., Starr, J.M., Whalley, L.J., & HALCyon Study Team. (2011). Factors associated with symptoms of anxiety and depression in five cohorts of community-based older people: the HALCyon (Healthy Ageing across the Life Course) Programme. *Psychological medicine*, 41 (10), 2057–2073.
- Ní Mhaoláin, A.M., Fan, C.W., Romero-Ortuno, R., Cogan, L., Cunningham, C., Kenny, R.A. & Lawlor, B. (2012). Frailty, depression, and anxiety in later life. *International psychogeriatrics / IPA*, 24 (8), 1265–1274.
- Angst, J. & Vollrath, M. (1991). The natural history of anxiety disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 84 (5), 446–452.
- Wittchen, H.U., Kessler, R.C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M. & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *The Journal of clinical psychiatry*, 63 (Suppl 8), 24–34.
- Culpepper, L. (2002). Generalized anxiety disorder in primary care: emerging issues in management and treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, 63 (Suppl 8), 35–42.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En: J.M. Schlien. (Ed.), *Research in psychotherapy* (pp. 90–102) Washington, DC: American Psychological Association.
- Lang, P.J. (1979). Presidential address, 1978. A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16 (6), 495–512.
- Sierra, J.C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-Estar e subjetividade*, 3 (1), 10–59.
- Cattell, R.B. & Scheier, I.H. (1961). *The Meaning and Measurement of Neuroticism and Anxiety*. New York: Ronald Press.
- Spielberger, C.D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography*. 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Echeburúa, E. (2000). Medición clínica en trastornos fóbicos y de ansiedad. En: A. Bulbena, G.E. Berrio & P. Fernández de Larrinoa. (Eds.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 369–375). Barcelona: Masson.
- Montero, I. & León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847–862.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assesment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23 (10), 433–441.
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis*. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lozano, L.M. & de la Fuente, E. (2009). Diseño y validación de cuestionarios. En: A. Pantoja. (Ed.), *Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación* (pp. 251–276). Madrid: EOS.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56 (6), 893–897.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361–370.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British journal of medical psychology*, 32 (1), 50–55.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28 (6), 487–495.
- Wittchen, H.U. & Boyer, P. (1998). Screening for anxiety disorders. Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15). *The British journal of psychiatry*, 173 (Suppl. 34), 10–17.
- Bobes, J., García-Calvo, C., García-García, M., Rico-Villademoros, F. & Grupo Español de Trabajo para la validación de la versión española de la Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV (Escala de TAG de Carrol y Davidson). (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV de Carroll y Davidson. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34 (2), 83–93.
- Taylor, J.A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of abnormal psychology*, 48 (2), 285–290.
- Miguel Tobal, J.J. & Cano Vindel, A. (1986). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad – ISRA–*. Madrid: TEA.
- Lowe, P.A. & Reynolds, C.R. (2006). Examination of the Psychometric Properties of the Adult Manifest Anxiety Scale–Elderly Version Scores. *Educational and Psychological Measurement*, 66 (1), 93–115.
- Sinoff, G., Ore, L., Zlotogorsky, D. & Tamir, A. (1999). Short Anxiety Screening Test—a brief instrument for detecting



Cuestionario para Ansiedad Geriátrica: estudio de la consistencia interna y estructura factorial

- anxiety in the elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, 14 (12), 1062–1071.
34. Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ: British medical journal / British Medical Association*, 297 (6653), 897–899.
 35. Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). New York: HerperCollins.
 36. Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16 (3), 297–334.
 37. Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory* (2nd ed.). New York: McGraw–Hill.
 38. Pachana, N.A., Byrne, G.J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. & Arnold E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International psychogeriatrics / IPA*, 19 (1), 103–114.
 39. Bryant, C., Jackson, H. & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *Journal of affective disorders*, 109 (3), 233–250.
 40. Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Włodarczyk, O. & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing research reviews*, 12 (1), 339–353.
 41. Wetherell, J.L., Birchler, G.D., Ramsdell, J. & Unützer, J. (2007). Screening for generalized anxiety disorder in geriatric primary care patients. *International journal of geriatric psychiatry*, 22 (2), 115–123.
 42. Wetherell, J.L., Le Roux, H. & Gatz, M. (2003). DSM-IV criteria for generalized anxiety disorder in older adults: distinguishing the worried from the well. *Psychology and aging*, 18 (3), 622–627.
 43. Wolitzky-Taylor, K.B., Castriotta, N., Lenze, E.J., Stanley, M.A. & Craske, M.G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and anxiety*, 27 (2), 190–211.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. Toda la vida, cuando he tenido problemas me he preocupado más de lo necesario			
2. Suelo ponerme en la peor situación de un problema antes de que suceda			
3. Siempre he pensado que hago los problemas más grandes de lo que realmente son			
4. En muchas ocasiones, he pensado que me iba a dar un ataque al corazón			
5. Siempre que me he puesto nervioso he sentido que me faltaba el aire			
6. Siempre me ha dado miedo el no saber que podía pasarme en el futuro			
7. Cuando las cosas se ponían difíciles, mi mente se quedaba en blanco y no podía pensar con claridad			



Cuestionario para Ansiedad Geriátrica: estudio de la consistencia interna y estructura factorial

Intente pensar en situaciones problemáticas o difíciles, que usted haya vivido en el pasado y díganos que solía hacer en ese momento:

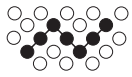
	Casi nunca	A veces	Casi siempre
8. Trataba de evitar o rehuir la situación			
9. Solía moverme mucho y hacer cosas sin una finalidad			
10. Tartamudeaba o me costaba mucho encontrar las palabras o las ideas adecuadas, para responder			
11. Me quedaba paralizado			
12. Mis movimientos se volvían torpes			
13. Me sudaban las manos u otras partes del cuerpo			
14. Sentía la boca totalmente seca			

ANSIEDAD/ESTADO

INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan una serie de frases que se utilizan para describir como nos encontramos normalmente. Indique cuáles se adaptan a cómo se siente *AHORA MISMO*. Responda con sinceridad. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Marque su respuesta con una “X” en la casilla correspondiente a la frecuencia con la que esta afirmación coincide con su opinión.

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento tenso			
2. Me encuentro inquieto			
3. Siento el estómago revuelto			
4. Siento el corazón como si se fuera a salir de mi pecho			
5. Me cuesta respirar o respiro más aprisa de lo habitual			
6. Tengo miedo a morirme			
7. Me agobian mis preocupaciones			
8. Sé que no debería estar tan preocupado por las cosas, pero no puedo hacer nada para evitarlo			
9. Aunque no lo digo tengo miedo			
10. Tengo la cabeza llena de preocupaciones			
11. Tengo miedo a caerme			



Efectos del color en el tiempo de latencia en enfermos de Alzheimer en fase grave

Sonia Buil¹, Joaquín Cuba², Raúl Rios³, Manuel Pelegrina del Río⁴

Resumen

El presente estudio pretende mostrar las diferencias en la percepción del color respecto al tiempo de latencia mediante la presentación de los colores primarios en un grupo de pacientes con enfermedad de Alzheimer diagnosticado en fase grave.

Se evalúa cuál de los colores (azul, amarillo, verde, naranja, negro, rojo) son más sensibles al tiempo de latencia. Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos mediante una comparación t de Student, especialmente del color azul y negro. Tratamos de analizar el efecto que tienen estos resultados en el diseño de estímulos visuales, para desarrollar programas de estimulación sensorial.

Palabras clave: enfermedad de Alzheimer, tiempo de latencia, color

Abstract

The present study aims to demonstrate the significant differences in latency time in the presentation of primary colors in a group of patients with diagnosed Alzheimer's disease in severe phase.

It is evaluated which of the colors (blue, yellow, green, orange, black, red) are more sensitive to the time of latency. Statistically significant results were obtained using Student's t-test, especially yellow. We tried to analyze the effect of these results on the design of visual stimuli to develop sensory stimulation programs.

Key words: Alzheimer disease, latency time, colour.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una entidad clínico-patológica de naturaleza degenerativa y evolución progresiva, se trata de la forma más común de demencia y probablemente constituye entre un 60-70% de los casos, se caracteriza clínicamente por afectación del lenguaje, praxias motoras, capacidad constructiva, capacidad visoespacial y las funciones ejecutivas.

En nuestro estudio nos centramos, como señala (Alberca - López- Sousa, 2002) en la fase grave cuyas alteraciones son cognitivas, funcionales, pero principalmente comportamentales. Estas alteraciones requieren una intervención centrada en el control de la conducta y para ello tratamos de crear terapias no invasivas que ayuden a esta fase de la EA. Estas son, entre otras, las terapias multisensoriales, en las que los sentidos y más concretamente

ISSUE N°1
JUNIO
2017

Recibido:
13/04/2017

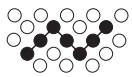
Aceptado:
01/05/2017

(1)Psicóloga Sanitaria de AFA Fuengirola Mijas Costa

(2)Psicólogo

(3)Psicólogo Sanitario

(4)Profesor Titular de la Facultad de Psicología. Universidad de Málaga (UMA)



Efectos del color en el tiempo de latencia en enfermos de Alzheimer en fase grave

la vista (Kok et al, 2000) se presenta como variables importantes que median en los procesos cognitivos más básicos.

Los trastornos de la atención más comunes en esta fase, son las limitaciones sensoriales (visuales y auditivos) (Sánchez Gil & Víctor Tomás, 2008).

Este proceso de atención selectiva modula el procesamiento de la información y la memoria implícita (Ballesteros, 2014). Para su medición hemos utilizado el tiempo de latencia como variable que nos ayuda a entender la relación entre la atención y el color.

Así, los efectos del color en nuestra percepción y siguiendo la investigación de (John et al, 1986) reseña a partir del P-300 la importancia del color en el tiempo de latencia. En la presente investigación aplicamos un diseño test retest con objeto de obtener el tiempo de reacción de las respuestas al color de los pacientes de Alzheimer en fase grave.

La atención es una función neuropsicológica que permite la activación de procesos más complejos como la percepción. Podemos distinguir en la atención cuatro componentes: alerta, atención selectiva, sostenida y dividida (Colectivo de Autores, 2003).

Dentro de la atención selectiva nosotros vamos a incidir en analizar el tiempo de latencia aplicado al enfermo de EA y mediante el que pretendemos medir el tiempo transcurrido entre el comienzo del estímulo y el comienzo de la respuesta observable, en nuestro caso medimos la latencia perceptiva, su activación frente al color.

Para ello presentamos a los pacientes con Alzheimer un conjunto de colores (rojo, naranja, amarillo, azul, verde y negro) y medimos su respuesta desde su presentación hasta su respuesta donde observamos que determinados colores presentan mayor tiempo latencia.

El objetivo general que se pretende conseguir en este experimento es ayudar a diseñar programas de estimulación perceptiva para mejorar la atención de pacientes con Alzheimer en fase grave, ya que no existen investigaciones sobre alguna variable multisensorial previa en este tipo de EA grave.

Para ello nos planteamos como hipótesis el análisis de diferencias significativas en el tiempo de latencia ante la presencia de diferentes colores.

El experimento trata de analizar la atención selectiva a través de la medición del tiempo de latencia y el uso de un determinado color primario, planteándonos en una investigación pre post si existen o no diferencias significativas en el tiempo de latencia en los diferentes colores primarios.

MÉTODO

Participantes:

La muestra está compuesta por pacientes con Enfermedad de Alzheimer en fase grave, cumpliendo criterios de inclusión (según criterios diagnósticos DSM-V, 2013), pertenecientes a la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias de las poblaciones de Fuengirola Mijas Costa (Málaga, España).

El número de participantes que constituyó la investigación fue de 8 sujetos, formada por 7 mujeres y 1 hombre cuya edad del más joven es de 80 años y el mayor 90. Cada uno de ellos forma parte de un taller de psicoestimulación cognitiva orientado a la fase grave de la enfermedad.

Procedimiento:

Antes de empezar el experimento se realizaron medidas con objeto de observar las variables de latencia previas a la prueba.

La investigación tuvo una duración de 6 meses (72 sesiones) a lo largo de 3 días a la semana. El desarrollo que se lleva a cabo consiste en trabajar con 3 pacientes por sesión de forma aleatoria, por lo tanto cada sujeto realizaba el experimento 1 día a la semana y así se evitaba el efecto de aprendizaje, que pudiera afectar negativamente a los resultados de los colores presentados. En cada sesión se les presentaba los diferentes colores primarios (amarillo, verde, rojo, azul, naranja y negro).

Se le presentaba el estímulo visual (color) a través de una presentación de Power Point mediante un proyector. Los colores eran presentados en un tiempo predeterminado, 2 minutos y se realizaron 2 mediciones:

- Intervalo de latencia (tiempo desde que se presenta el estímulo y se da la respuesta)
- Intervalo de respuesta (tiempo desde que

Sonia Buil, Joaquín Cuba, Raúl Ríos, Manuel Pelegrina del Río

comienza su respuesta atencional y termina desviando su atención)

La medición se registró con un cronómetro y las respuestas se anotaron en una tabla de Excel.

Diseño y Variables:

Según las características de la investigación se ha aplicado un diseño de investigación longitudinal, preliminar y posterior (pre -post) de medidas repetidas a lo largo de un tiempo preestablecido. La principal variable dependiente de la investigación es el tiempo de latencia de cada color para establecer las diferencias de percepción entre los diferentes colores.

Además se controlan las variables extrañas relativas al espacio eliminando luz, ruido adecuando temperatura y con una sala neutra sin estímulos visuales.

Resultados en el Centro

Los 8 pacientes del estudio con Alzheimer en fase grave presentan diferencias significativas en el tiempo de latencia en los colores (azul y negro) y en la combinación de estos colores con (amarillo, verde, naranja y rojo).

Así el tiempo de latencia del color negro es $p = 0,001$ al igual que en el color azul $p = 0,00$ por lo cual $p < 0,005$ así se rechaza la hipótesis nula de la no existencia de diferencias significativas entre los colores primarios y se acepta la hipótesis inicial la existencia de diferencias significativas entre los tiempos de latencia de los colores primarios.

Tabla 1: Prueba T de muestras relacionadas. Color azul y negro.

Tabla comparativa de significación de color con color

Coincidencias	Color	Significación
5	Azul/Amarillo	0.00
5	Azul/Verde	0.00
5	Azul/Naranja	0.00
5	Azul/Negro	0.00
5	Azul/Rojo	0.00

5	Negro/Amarillo	0.00
5	Negro/Verde	0.00
5	Negro/Azul	0.00
5	Negro/Naranja	0.00
5	Negro/Rojo	0.00
4	Naranja/Verde	0.00
4	Naranja/Azul	0.00
4	Naranja/Negro	0.00
4	Naranja/Rojo	0.00
4	Verde/Amarillo	0.00
4	Verde/Azul	0.00
4	Verde/naranja	0.00
4	Verde/Negro	0.00
3	Rojo/Azul	0.00
3	Rojo/Naranja	0.00
3	Rojo/Negro	0.00
3	Amarillo/verde	0.00
3	Amarillo/azul	0.00
3	Amarillo/Negro	0.00

CONCLUSIONES

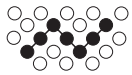
No existen estudios sobre la velocidad de procesamiento de la información visual en enfermos de Alzheimer en fase grave. Nuestra investigación trata de comprobar el efecto que tiene el color en la respuesta de aquellos pacientes con EA en fase grave orientado a buscar los mejores colores para paliar sus limitaciones en orden a que discriminen mejor los objetos y mantengan un mayor tiempo sus habilidades metacognitivas que aún conservan.

Con nuestro experimento tratamos de mejorar la calidad de vida de estos pacientes, y para ello determinamos el uso de aquellos colores que mejor discriminen en las tareas diarias. Determinados colores activan nuestra respuesta neurológica como ya señalaba (John, 1986).

Efectos del color en el tiempo de latencia en enfermos de Alzheimer en fase grave

REFERENCIAS

1. Alberca, R., y López-Pousa, S. (2002). Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Madrid: Médica Panamericana.
2. American Psychological Association. (2013). Publication Manual of the American Psychological Association (5th Ed.). Washington, DC.
3. Ballesteros, S. La atención selectiva modula el procesamiento de la información y la memoria implícita. Acción psicología Junio 2014 VOL.11, N) 1, 7-20.
4. Fernández-Duque, D. y E. Black, S. (2008). Selective attention in early Dementia of Alzheimer Type. Brain and Cognition 66 221-231 ScienceDirect.
5. John E. Fagan, JR., Timothy M. Westgate, and Robert L. Yolton. (1986). Vol. 63, N) 1, pp. 41-51 printed in U.S.A. American Journal of optometry & physiological. Optics. Effects of video display character size, clarity, and color on P-300 Latency.
6. Julia C. M. van Weert & Jozien M. Bensing. (2009). Estimulación multisensorial (Snoezelen) integrada en la asistencia de la demencia a largo plazo. Informaciones Psiquiátricas, Número 195-196
7. Kok W, Pater J, Choufour J. (2000). Snoezelen. Amsterdam: Bernardus Expertisecentrum/Fontis
8. Lancioni GE, Cuvo AJ, O'Reilly MF. (2002) Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. Disability and Rehabilitation; 24: 175-184.
9. López-Pousa S, Vilalta Franch J, Llinàs Reglà J. (2001). Manual de demencias. Barcelona: Prous Science; p.44-7.
10. Noorden A. (1999). Complementary zorg, het magische element in de zorg [Complementary care, the magical element in the care]. Magie en Verpleging, NU'91: 23-26
11. Pelegrina del Río, M. (1998). El método científico en Psicología. Barcelona. Editorial Enciclopedia Catalana.
12. Reales, J.M. y Ballesteros, S. (1999). Implicit and explicit memory for visual and haptic objects: Cross-modal priming depends on structural descriptions. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 25, 644-663.
13. Reyes-Figueroa, J., Rosich, M., Bordas, E., Gaviria, A., Vilella, E., & Labad, A. (2010). Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. Revista Neurología, 50. 653-660.
14. Rock, I. y Gutman, D. (1981). The effects of inattention on from perception. Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 7, 27-287
15. VV.AA, (2003). El baúl de los recuerdos. Manual de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en ambiente familiar. Editorial AFAL. P.12-5.



Depresión y envejecimiento: Complejidades del diagnóstico y abordaje (Caso clínico)

Luciana Ferraris¹, Gabriela Lopez²

Resumen

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la vejez, después de las demencias, de ahí la importancia de su diagnóstico diferencial y de su abordaje temprano dado que es una de las patologías con más alta prevalencia de suicidio en personas mayores. En el presente trabajo abordaremos un caso clínico de Depresión Mayor, su diagnóstico y tratamiento en una sala de internación psiquiátrica de un hospital Privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, destacando la importancia del papel del factor de personalidad al momento de enfrentar los cambios que conlleva el envejecimiento.

Palabras clave: Depresión, diagnóstico, abordaje temprano, personas mayores, envejecimiento.

Abstract

Depression is one of the most frequent psychiatric disorders in old age after dementia, hence the importance of its differential diagnosis and its early approach since it is one of the pathologies with the highest prevalence of suicide in the elderly. In the present work we will address a clinical case of Major Depression, its diagnosis and treatment in a psychiatric hospitalization room of a private hospital in the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina highlighting the importance of the role of the personality factor in facing the changes that Leads to aging.

Key words : Depression, diagnosis, early boarding, elder people, aging.

Introducción

La depresión y las demencias son las patologías psiquiátricas más frecuentes en adultos mayores. Ambas disminuyen su calidad de vida y aumentan las enfermedades físicas, razón esta última por la cual se prolongan las estancias hospitalarias, generando consecuencias a nivel socioeconómico y familiar.

Si bien la depresión en adultos mayores no es más frecuente que en los adultos jóvenes, la prevalencia de síntomas depresivos en este grupo etario que no reúnen los criterios para Depresión Mayor llega a un 27%, lo cual nos alerta sobre la necesidad de detección y abordaje temprano de estos síntomas para evitar su agravamiento. Esta situación se complica aún más cuando esta presentación se naturaliza por estar transcurriendo esta etapa de la vida, como si fuera esperable que una persona

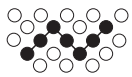
ISSUE N°1
JUNIO
2017

Recibido:
04/04/2017

Aceptado:
21/04/2017

(1)Lic. Y Prof. En Psicología. Ex Residente de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Peron de San Martin, Buenos Aires, Argentina. Residente de segundo año de Residencia posbasica interdisciplinaria en Gerontología, CeSAC 36, Ciudad Autonoma de Bs. As. , Argentina, Psicologa de Guardia en Hospital Interzonal General de Agudos Eva Peron de San Martin, Buenos Aires, Argentina
e.-mail: Luciana_ferraris@hotmail.com

(2)Lic. En Psicología, . Ex Residente de Salud Mental del Hospital General de Agudos Belgrano , San Andres, Buenos Aires, Argentina. Residente de segundo año de Residencia posbasica interdisciplinaria en Gerontología, Hospital Durand, Ciudad Autonoma de Bs. As. , Argentina.



Depresión y envejecimiento: Complejidades del diagnóstico y abordaje (Caso clínico)

mayor solo por el hecho de serlo tuviera que estar padeciendo algún tipo de síntoma físico o psíquico.

Asimismo, debemos destacar que durante el proceso de envejecimiento hay múltiples eventos en las trayectorias vitales de las personas que transcurren con síntomas de la serie depresiva, como ser pérdidas de seres queridos, mudanzas, separaciones, jubilación, enfermedades físicas, pérdida de funcionalidad, y otras tantas pueden dar lugar a un quiebre en el sentimiento de continuidad de la persona y por ende de su identidad. Pero no todos llegan a una Depresión. La mayoría consigue adecuarse a los cambios que conlleva el envejecimiento. La Depresión tiene que ver con las reacciones psicológicas ante la pérdida de un objeto significativo, ya sean físicas o psíquicas y con la imposibilidad de tramitar o procesar estos duelos.

Por eso es importante detectar no solo los factores socio ambientales que operan en las diversas trayectorias vitales, sino también los personales, que pueden favorecer u obstaculizar estos procesos.

Caso clínico

T. es una mujer de 71 años de edad que ingresa a la sala de internación de Psiquiatría, tras haber sido acompañada por su único hijo a la Guardia, presentando sintomatología compatible con la serie depresiva (ideas de ruina, auto reproches, hiporexia con leve pérdida de peso, hipobulia, clinofilia, mayor tristeza e ideas de muerte no auto agresivas) efectuándose en este caso una Internación de carácter voluntario. T. conocía bien las internaciones, no era la primera vez que andaba por allí. He aquí algo de su historia.

De nacionalidad Italiana, residente allí hasta sus 12 años, viaja a la Argentina junto a su padre y algunos hermanos en barco. Todos los recuerdos que posee de su tierra natal están teñidos de tristeza según aduce, relacionados con el hambre y la muerte. De su viaje en barco recuerda que ella era la única que no se había enfermado, que iba a buscar la comida para su familia que se encontraba descompuesta junto a los otros pasajeros.

Se aloja en casa de su hermana, luego conoce a su pareja, se casa, se van a vivir juntos.

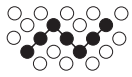
En cuanto a su escolaridad, cursó parte de la Escuela Primaria, sin que su padre hubiera permitido que continuara. Fueron posteriormente sus hermanos mayores quienes les “enseñaron” lo que aprendían en el colegio a las hermanas menores.

Hasta quedar embarazada trabajó 11 años en una fábrica de galletas. Convive con su esposo e hijo hasta el 2001, momento en el cual su marido fallece a causa de un episodio que al momento actual ella califica como dudoso “no sé si se resbaló sin querer o a propósito, nunca lo sabré, tenía deudas grandes, algo percibía, él no me contaba nada, pero estaba muy preocupado” (sic). Cabe destacar que era una época de crisis económica de la Argentina. Niega ludopatía en el marido, aduce que ha pedido préstamos para “levantar el negocio de frutas y verduras” (sic), de los cuales ella nunca se enteró hasta después de su fallecimiento (hipoteca de la casa, juicios).

Posteriormente al fallecimiento de su esposo debe salir a trabajar (cuidando adultos mayores) para pagar las deudas. Al respecto dice “junte coraje, salí de muchas, ahora no tengo fuerzas, estoy cansada, me duele el cuerpo” “no tengo coraje” me siento menos que los demás” “inútil”, “soy una carga para mi hijo” no quiero arruinar su matrimonio”.

Ese mismo año (2001) recidiva CA de mama (primero en 1986) y realiza la primer sobre ingesta medicamentosa, en el contexto de ideación tanática según refiere, a partir de lo cual comienza un tratamiento en Htal. Alvear.

Al respecto, dice: “Siento que la muerte de mi marido me hizo mal, no soy una persona, es como si una parte no estuviera, siento un vacío adentro”, al hablar de este tema se angustia y vuelve a reclamar preguntando si hay cura para su situación. Continuando sobre el tema económico nos dice “De repente me vienen estas crisis, no me siento como si fuera yo. Quería tener otro departamento, siempre el dinero no alcanzó. No me quiero ver en la casa, me trae recuerdos de mi marido, me siento sola. Antes tenía una vecina que era amiga.” (sic). Al preguntarle sobre ella nos cuenta que aquella vivienda cuenta con tres pisos, en cada uno vive una familia. Cuando ella se mudó al segundo piso, se hizo muy amiga de una vecina del primero. Nos cuenta que, al mudarse esa familia, siente como que quedó “un vacío”.



Luciana Ferraris, Gabriela Lopez

Vuelve a angustiarse, pero un poco más reflexiva nos mira y nos pregunta “Parezco una nena caprichosa ¿No? Siento que nunca crecí, siempre me dijeron que no. Sólo fui feliz esos años con mi marido. Me siento sola”. (sic)

Su hijo comenta al respecto que la paciente incurría a repetición en sobre ingestas los días que él tenía franco, que siempre ha sido muy “demandante” en relación al estar acompañada. Ubica que las “crisis” de la paciente han tenido que ver con situaciones en que sus apoyos se han modificado (muerte de su marido, casamiento de su hijo, noticia de embarazo de su nuera, nacimiento de su nieto).

Menciona que “siempre fue depresiva” (sic). La paciente nunca tuvo buena adherencia a ningún tipo de tratamiento. Ha presentado cuatro internaciones previas de similares características a la internación en curso. En entrevista refiere “estoy vacía”, “es como si no fuera yo”, “quiero curarme, estar feliz, me siento desarmada, me había hecho una posición, ahora no tengo nada”, “condenada a la soledad”, “me autocastigo”, “no quisiera existir pero no voy a matarme, eso solo lo da y lo quita Dios” (sic).

Como tratamientos posteriores a su primera internación ha realizado tratamientos en consultorios externos (danza movimiento Terapia, psicoterapia, con parcial a escasa adherencia, sosteniendo psiquiatría.)

Hacia fines de 2015 comienza Hospital de día, con adherencia parcial a continuada, coincidiendo sus últimas internaciones con interrupción de dicho tratamiento.

Al indagar sobre internaciones pasadas, la paciente refiere que relaciona la internación del 2014 con un viaje frustrado a su ciudad natal. “Pensé que mi tía iba a pagarnos el viaje, pero cuando me enteré que no, no supe cómo íbamos a afrontarlo. Me daba miedo también volver, por todo lo que significa volver allí, los recuerdos...”

Al preguntarle sobre la internación en curso nos dice que piensa en su nieto, y en cómo se siente culpable de complicarle la vida a su hijo. “Me castigo, me castigo sintiéndome mal, ¿Por qué soy así?” (sic).

Durante su internación es entrevistada cotidianamente en espacio de entrevista individual, al cual accede

refiriendo sentir un poco de angustia “Siento algo que sube y me baja en el pecho, no sé qué es, me angustia. ¿Hay cura para esto doctor?”. (sic) Tras un momento de contención verbal se tranquiliza y nos comienza a contar sobre su historia.

Una vez terminada la entrevista, y al finalizar el grupo de cierre de fin de semana, la paciente nuevamente detiene a un integrante del equipo psicoterapéutico en el pasillo pidiendo una medicación para su angustia, se le realiza contención verbal y ella manifiesta “Me siento mal, avergonzada que me vengán a visitar así, mi nieto... ¿Por qué soy la abuela mala? ¿Por qué no puedo ser la abuela buena?” (sic). Luego de reflexionar sobre su internación y contenerla verbalmente la angustia disminuye y se retira a su habitación más tranquila.

Discusion

La valoración del estado mental forma parte del proceso de valoración gerontológica integral en la medida en que aporta información necesaria para formular un plan de cuidados adecuado a las necesidades particulares de cada adulto/a mayor. Para realizar esta evaluación, que incluye tanto aspectos afectivos como cognitivos, se pueden utilizar como insumos tanto la historia clínica, los observables comportamentales, la exploración física, neurológica, la aplicación de escalas, tests. Asimismo, se nutre principalmente del propio discurso de la persona mayor en cuestión, además de las informaciones aportadas por familiares y cuidadores.

En el caso citado nuestra protagonista se fue mostrando cada vez más cómoda con la entrevista y la argumentación a medida que se fue afianzando el lazo con el equipo de atención en Salud Mental. Su hijo se convirtió en el principal referente, aportando valiosa información, permitiendo darle forma a los mojones del camino recorrido por T.

En el relato de su historia, pudimos ubicar dos eventos importantes como estresores que desencadenan una primera conducta de tentativa suicida y la llevan a un tratamiento en un hospital Psiquiátrico: el fallecimiento de su marido y una recidiva de una enfermedad oncológica. Por otra parte, los dolores físicos también son estresores muy importantes en esta paciente y en varias ocasiones han sido el comienzo de una serie de síntomas depresivos que iban seguidos de desgano, falta de apetito, necesidad de permanecer en la cama y

Depresión y envejecimiento: Complejidades del diagnóstico y abordaje (Caso clínico)

que culminaban con una sobre ingesta medicamentosa e internación psiquiátrica. Por otra parte, se trata de una mujer con un estilo de personalidad dependiente. En una primera etapa de su vida dependió de su padre y hermanos varones y más tarde, al formar su única pareja, de su marido. Actualmente es su hijo quien ocupa este lugar y a quien ella recurre cada vez que algo de estas pérdidas se reactualiza, ubicándose como una “niña caprichosa” según sus dichos que demanda constantemente atención y no puede tolerar el estar sola. A pesar de contar con una red familiar (hijo, nuera, nieto) pareciera que está en una situación de aislamiento social. Es una mujer que no ha construido demasiados vínculos y en todo su relato nombra solo a una amiga que ya no tiene. De ahí la importancia de fomentar nuevos vínculos y la continuidad de su tratamiento en hospital de día, considerando que este es un marco que sostiene su desborde.

Podríamos pensar por otro lado el quiebre narcisista en su viudez, ya que a partir de ahí ella no logra “rearmarse” y ubica que le falta un pedazo, cierto sentimiento de despersonalización, como si su identidad hubiera dependido exclusivamente de ser la esposa de su marido. Al casarse su hijo también sintió esto como una pérdida de un rol importante para ella. Debemos además recalcar que ella ubica que se había “armado una posición” (sic), refiriéndose a su pasar económico, si bien cabría preguntarnos si se trata de eso o más bien de su lugar subjetivo, un nombre posible.

Nomenclaturas...

Las llamadas “depresiones reactivas” son responsables de la mayor parte de las depresiones en la vejez, aunque en realidad no deberían llamarse así, sino que su nombre correcto, establecido y suficientemente estudiado por Freud y toda la escuela psicoanalítica, es “duelo”. Las “depresiones reactivas” son siempre duelos. Para Freud (1915) “el duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, la patria, la libertad, el ideal, etc.” Dentro del concepto “abstracción equivalente” fácilmente podemos incluir las cosas de todo tipo que las personas mayores pierden permanentemente: capacidades, dientes, roles sociales, la audición, poder adquisitivo, velocidad, manejo del automóvil, su pareja, como T. Todas estas pérdidas ponen en funcionamiento procesos de duelos normales que van -o deberían

ir- acompañados del afecto correspondiente que es la tristeza o la pena; pero esto no es una depresión, existiendo así dos tipos, el normal y el patológico.

Creemos por supuesto que la actitud profesional frente a estos fenómenos debería ser diferente, pero... ¿es así? ¿Realmente ocurre esto? Veamos. La enorme mayoría no vacila en medicar a estos cuadros sin entrar en consideraciones sobre si están en presencia de un duelo normal o uno patológico. ¿Es más rápido prescribir un antidepresivo? ¿Es más eficaz? Es también muy notable, que jamás se nos ocurra considerar al duelo como un estado patológico ni someter al sujeto a un tratamiento médico, aunque se trata de una condición que le impone considerables desviaciones de su conducta normal. Confiamos, efectivamente, en que al cabo de algún tiempo desaparecerá por sí solo y juzgamos inadecuado e incluso perjudicial, perturbarlo” ¿Se sigue esta contundente afirmación de Freud tendente a rescatar los mecanismos saludables del individuo para resolver sus conflictos con sus propias fuerzas? No, no se lo sigue. Se trata y medica todo por igual, tristeza y depresión, cuando debería reservarse la “mirada clínica” sólo para el duelo patológico. Es posible considerar que las “depresiones reactivas” en realidad son los “duelos patológicos.

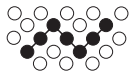
¿Que ocurre en la vejez?

Las depresiones son formas de padecimiento que no resultan exclusivas de este grupo etario, pero que tienen cierta especificidad en dicha etapa. Hasta aquí hablamos de su evolución, ¿pero ¿cuáles son sus posibles desenlaces? ¿Qué pasa si no se detectan tempranamente?

La Depresión es el principal factor de riesgo suicida en la vejez, siendo el suicidio una de las 10 causas principales de muerte en los viejos, acentuándose esta tendencia en los hombres mayores de 65 años. No solo utilizan medios más letales; además el hecho de vivir solos y el aislamiento muchas veces reduce las chances de rescate. En las personas mayores, 1 de cada 4 cumple con su objetivo posterior al intento.

Salvarezza plantea que el suicidio en la vejez es el resultado de la dialéctica del “ser individualmente viejo dentro de una sociedad viejista”, quedando muchas veces los viejos atrapados en los comportamientos viejistas y convalidando estas conductas discriminatorias.

El término ageism (viejismo) fue acuñado en 1969 por R Butler, y define el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los



Luciana Ferraris, Gabriela Lopez

viejos simplemente en función de su edad. Hoy se define más ampliamente como cualquier prejuicio o discriminación contra o a favor de una categoría de edad. El viejismo se manifiesta de muchas maneras ya sea explícitamente o implícitamente.

Este concepto, traducido al castellano (Salvarezza, 1998) “colocaría a los viejos en los márgenes de la sociedad y los lleva a interrogarse sobre sus valores, utilidad, autoestima y el lugar que le es asignado en el entramado social. Sentirse sin lugar en el futuro es uno de los caminos que pueden conducir con mayor facilidad y rapidez a la desesperanza” (Matusevich, Finkelstein 2012).

Pero existe otro prejuicio que da sustento a la naturalización de estos padecimientos en la vejez y sostiene el hecho de que muchos profesionales de la salud piensen aún hoy en día que las enfermedades mentales en la vejez son intratables, y es la idea de que las personas mayores son rígidas e impermeables al análisis y que las enfermedades mentales son inevitables o esperables a determinada edad.

Conclusión

¿Deprimida por ancianidad? ¿Depresiva entrada en años? Dirimimos que le ocurre a T. ...

En cuanto a los factores psicológicos, diversos autores han relacionado ciertos tipos de personalidad con el suicidio en la vejez, como ser rasgos de tipo narcisista, timidez, tendencia a la hipocondría, hostilidad y rigidez.

En este sentido Zarebski, (2014) plantea que hay condiciones de personalidad que pueden convertirse en factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico y factores protectores. Es decir, rasgos de personalidad que determinarán una vulnerabilidad emocional ante determinados acontecimientos del envejecimiento y llevarán a significarlos como situaciones de adversidad. O por el contrario, personalidades más flexibles, con poder de reflexión y auto cuestionamiento que permitirán una aceptación y un afrontamiento más exitoso ante los cambios que trae aparejado el envejecer. T. parecería desplegar rasgos estancos de personalidad dependientes, coagulados, que no le permiten una adaptación moldeable al entorno y las coyunturas que la bordean.

Nos preguntábamos si T. se había construido un nombre, una posición a través del rol que desempeñaba en el hogar como esposa y madre y pensamos que algo de la pérdida de esos lugares y de la soledad que esto le genera es lo que se le hace imposible de soportar. De ahí la necesidad de un abordaje que pueda poner en cuestión, conmover y flexibilizar posiciones que obstaculizan la elaboración de estas pérdidas y posibilite la construcción de nuevos sentidos que den continuidad a su identidad.

Bibliografía

1. Freud, S. (1915). Obras Completas. Tomo XIV. Duelo y melancolía. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
2. Matusevich, D.; Finkelstein, C., (2012). Psicogeriatría Clínica. Buenos Aires, Del Hospital ediciones.
3. Salvarezza, Leopoldo, (1944). Vejez, medicina y prejuicios. en CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530) www.area3.org.es disponible en <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-1b-vejez-LSalvarezza.pdf>
4. Zarebski, G. (2014). Factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico y factores protectores. En Zarebski, G. (1) edición) Cuestionario Mi Envejecer. Un instrumento psicogerontológico para evaluar la actitud frente al propio envejecimiento. (p. 37-50). Buenos Aires. Paidós.